

المرشد في

العلاج الإسعرافي في السلوكية

الأستاذ الدكتور

ناصر بن إبراهيم المحارب

أستاذ علم النفس



٤٦٤١٤٤ هـ
٤٦٥٩٥٣٧ هـ

دار الزهراء - الرياض





mohamed khatab

③ ناصر إبراهيم المحارب ، ١٤٢٠هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

المحارب ، ناصر إبراهيم

المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي - الرياض .

٣٥٦ ص ، ٢٤×١٧ سم

ردمك : ٨ - ١٢٦ - ٣٦ - ٩٩٦٠

١ - العلاج النفسي

٢ - العنوان

نوي ١٧٥.٩٤

٢٠/١٥٦٣

رقم الإيداع : ٢٠/١٥٦٣

ردمك : ٨ - ١٢٦ - ٣٦ - ٩٩٦٠



تقديم

مع ارتفاع مستوى الثقافة الطبية والنفسية في مجتمعنا العربي بصورة عامة أصبحت فكرة العلاج النفسي من الأمور المألوفة لدى الكثير من الناس وانتشرت العيادات التي تقدم الخدمات النفسية في أنحاء كثيرة من الوطن العربي وبرزت الحاجة إلى المزيد من المعالجين النفسيين و إلى الأساليب العلاجية التي تمكنهم من تقديم المساعدة لمن يحتاج لها.

وخلال الربع الأخير من القرن العشرين ظهرت وتبلورت معالم النظرية الاستعرافية التي تناول تفسير السلوك الإنساني غير الفعال وتعديله ومنع حدوثه باستخدام العديد من الأساليب الاستعرافية والسلوكية.

وتشير الدراسات العلمية الحديثة إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي، مقارنة بغيره من أنواع العلاج النفسي الأخرى، هو العلاج الأكثر فعالية في التعامل مع الكثير الاضطرابات السلوكية وكذلك في الوقاية منها. وهكذا فمن الممكن الاستفادة من النظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي في العيادات النفسية وفي المدارس والمطاعم وغيرها لعلاج الاضطرابات النفسية وإعداد البرامج الوقائية الملائمة للحد من انتشارها.

وبقدم هذا الكتاب للطباء والاضائيين النفسيين وطلاب الطب النفسي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية والمرشدين الطلابيين، في ثلاثة أبواب، وبأسلوب سهل الفهم، الأسس النظرية للعلاج الاستعرافي السلوكي والفنيات المستخدمة فيه والخطط العلاجية المناسبة لعلاج الاضطرابات النفسية الشائعة.

ناصر المطارب

الباب الأول: الأسس النظرية للعلاج الاستعرافي السلوكي

م

الفصل الأول : تعريف وتطور العلاج الاستعرافي السلوكي

١

١

٤

الفصل الثاني : قواعد العلاج الاستعرافي السلوكي

٣٥

أولاً: مبادئ النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي

٣٥

٤٠

ثانياً: المخطوطة

مفهوم المخطوطة الاستعرافية في التراث

٤٠

المبكر للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي

المنظور الحديث للمخطوطات وعلاقتها

٤٨

بالاضطرابات النفسية

ثالثاً: مستويات وأصاليب التفكير في المخطوطة

٥٧

الاستعرافية غير المتكيفة

رابعاً: ما الذي يرمى العلاج الاستعرافي إلى

٥٩

إحداثه في تفكير المريض

خامساً: مستوى الاستعراف المستهدف في العلاج

٦١

الاستعرافي السلوكي

٦٣

سادساً: الأثر العكسي لطرد الأفكار

سابعاً: ما وراء التفكير (التفكير حول

٦٥

التفكير)

الفصل الثالث : فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي

٦٩

الفصل الرابع : الانتقادات الموجهة للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي

٧٧

الباب الثاني: الفنيات المستخدمة في العلاج الاستعرافي السلوكي

٨٩

الفصل الخامس : العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي

٩١

٩١

٩٥

٩٩

المهارات الأساسية
التعامل مع المريض الصعب
بناء الجسور في العلاج الاستعرافي السلوكي

الفصل السادس : التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي

١٠٣

١٠٤

١٢٠

أطراف التقويم وأساليبه
الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة للمشكلة

الفصل السابع : الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه

١٣٢

الفصل الثامن : سجل الأفكار

١٧٢

الفصل التاسع: التجارب السلوكية وط المشكلات

١٩١

١٩١

١٩٩

التجارب السلوكية
ط المشكلات

الفصل العاشر: فنيات متفرقة

٢٠٨

٢٠٨

٢٠٩

٢١٢

جدول النشاط
فنية طرف الانتباه
فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة

الفصل الحادي عشر: الفنيات المستخدمة للاستبدال المضطربة

٢١٧

الباب الثالث: النماذج والخطط العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطرابات النفسية

٢٤١

الفصل الثاني عشر: النموذج والخططة العلاجية

٢٤٦

٢٤٦

٢٥٠

الاستعرافية السلوكية للاكتاب
النموذج الاستعرافي السلوكي للاكتاب
العلاج الاستعرافي السلوكي للاكتاب

الفصل الثالث عشر: النموذج والخططة العلاجية

٢٥٢

٢٥٢

٢٥٧

الاستعرافية السلوكية للقلق العام
النموذج الاستعرافي السلوكي للقلق العام
العلاج الاستعرافي السلوكي للقلق العام

الفصل الرابع عشر: النموذج والخطّة العلاجية

| | |
|-----|---|
| ٢٦٤ | الاستعرافية السلوكية للاضطراب الغزع |
| ٢٦٤ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الغزع |
| ٢٦٦ | العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الغزع |

الفصل الخامس عشر: النموذج والخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية للوساوس القهرية

| | |
|-----|---|
| ٢٧٥ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الوسواس القهرية |
| ٢٧٥ | العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الوسواس القهرية |
| ٢٧٧ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الوسواس القهرية |

الفصل السادس عشر: النموذج والخطّة العلاجية للاضطراب السلوكية للاضطراب توهم المرض

| | |
|-----|--|
| ٢٩٨ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب توهم المرض |
| ٢٩٨ | العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب توهم المرض |
| ٣٠٠ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب توهم المرض |

الفصل السابع عشر: النموذج والخطّة العلاجية

| | |
|-----|---|
| ٣٠٦ | الاستعرافية السلوكية للاضطرابات الأكل |
| ٣٠٦ | النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات الأكل |
| ٣٠٩ | الخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطرابات الأكل |

**الفصل الثامن عشر : النموذج والخطة
العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطراب
استخدام المواد المخدرة**

٣١٦

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب
استخدام المواد المخدرة
العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب
استخدام المواد المخدرة

٣١٦

٣١٨

**الفصل التاسع عشر : النموذج والخطة
العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطراب
الخواف الاجتماعي**

٣٢٢

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب
الخواف الاجتماعي
العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب
الخواف الاجتماعي

٣٢٢

٣٢٦

**الفصل العشرون : النموذج والخطة العلاجية
الاستعرافية السلوكية للاضطرابات الشخصية
النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات
الشخصية
العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات
الشخصية**

٣٣٣

٣٣٣

٣٣٦

**الفصل الحادي والعشرون : التعامل مع نتائج
العلاج الاستعرافي السلوكي**

٣٣٨

الباب الأول: الأسس النظرية للعلاج الاستعرافي السلوكي

الفصل الأول : تعريف وتطور العلاج

- ١ الاستعرافي السلوكي
١ تعريف العلاج الاستعرافي السلوكي
٤ تطور العلاج الاستعرافي السلوكي

الفصل الثاني : قواعد العلاج الاستعرافي السلوكي

- ٣٥
٣٥ اولاً: مبادئ النظرية الاستعرافية والعلاج
الاستعرافي السلوكي
٤٠ ثانياً: المخطوطة
مفهوم المخطوطة الاستعرافي في التراث
٤٠ المبكر للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي
المنظور الحديث للمخطوطات وعلقتها
٤٨ بالاضطرابات النفسية
ثالثاً: مستويات وأساليب التفكير في المخطوطة
٥٧ الاستعرافية غير المتكيفة
رابعاً: ما الذي يرمى العلاج الاستعرافي إلى
٥٩ إصابته في تفكير المريض
خامساً: مستوى الاستعراف المستهدف في العلاج
٦١ الاستعرافي السلوكي
٦٣ سادساً: الأثر العكسي لطرد الأفكار
سابعاً: ما وراء التفكير (التفكير حول
٦٥ التفكير)

الفصل الثالث : فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي

٦٩

الفصل الرابع : الانتقادات الموجهة للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي

٧٧

الفصل الأول: تعريفه وتطور العلاج الاستعرافي السلوكي

تعريفه العلاج الاستعرافي السلوكي

ظهر مصطلح (Term) العلاج الاستعرافي السلوكي في التراث العلمي في بداية الثلاث الأخير من هذا القرن وأصبح، في وقت قصير، العلاج النفسي الرئيسي في معظم السدول المتقدمة (Clark and Fairburn, 1997). وكما يستدل من اسمه يعتبر هذا النوع من العلاج النفسي كما عرفه كندول Kendall 1993 محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ، مع الجوانب الاستعرافية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه. وبالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج الاستعرافي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالمساق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات استعرافية ، سلوكية ، انفعالية ، اجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. وهكذا فإن النموذج الاستعرافي السلوكي يشتمل على علاقة الاستعراف والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد وبأداء الفرد في المساق الاجتماعي الذي يعيش فيه. وقد استطاع العلاج الاستعرافي السلوكي من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين العلاج السلوكي الصرف وبين العلاجات الديناميكية (Dynamic) معتمداً في ذلك على فنيات مبنية على أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم (Gelder, 1991).

وكلمة استعرافي Cognitive مشتقة من مصطلح استعراف Cognition. وقد استخدمت العديد من الكلمات كترجمة لهذا المصطلح ؛ استغراق (المعجم الطبي الموحد، ١٩٨٤)، تعرت (قشقرش، ١٩٨٥) وذهن (العنزي، ١٩٩٩) ومعرفي (معرفة) في التراث النفسي العربي. والثلاث كلمات الأولى (استعراف، تعرت وذهن) هي الترجمات المناسبة لـ (Cognition). وقد فضل

الكاتب استخدم استعراف لأنها هي الأقرب إلى كلمة معرفي (معرفة) التي تستخدم بكثرة في التراث النفسي العربي. ويقصد بالاستعراف العمليات التي تعني بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف الموجودة لديه واستدعاء واستخدام هذه المعارف فيما بعد ذلك (Brewin, 1989). وتشتمل هذه العمليات على الإدراك والانتباه والتذكر والربط والحكم والتفكير والوعي (الحفني، ١٩٨٧، ص ١٤٣). وللاستعراف بطبيعة الحال مكانة خاصة في العلاج الاستعرافي السلوكي ن حيث أنه، بالإضافة إلى احتوائه على البنية النظرية اللازمة لمعالجة المعلومات التي توليها النظرية الاستعرافية اهتماماً خاصاً، يشتمل على عملية التفكير حول التفكير أو ما يسمى (ما وراء الاستعراف Metacognition) إلى جانب الموضوعات (الأشياء) أو الحوادث التي يتشكل منها محتوى التفكير (Alford and Beck, 1997, P.42).

والعلاج الاستعرافي السلوكي عبارة عن مظلة تتطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع فإن أشهرها :

- ١- التصورات الشخصية لكلي Kelly .
- ٢- العلاج العقلاني الانفعالي لأليس Ellis .
- ٣- العلاج الاستعرافي لبك Beck .
- ٤- أسلوب حل المشكلات لقولدفرايد وقولدفرايد Goldfried & Goldfried .
- ٥- تعديل السلوك الاستعرافي لمكينبوم Meichenbaum (Mahoney, 1993; Brewin, 1989).

ومن بين هذه الأنواع العلاج الاستعرافي السلوكي سوف يتم التركيز في هذا الكتاب على العلاج الاستعرافي لبك دونما تجاهل لمساهمات المنظرين الآخرين . ويتميز أسلوب بك بأنه الأكثر اتسجماً مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس الاستعرافي وعلم النفس الاجتماعي

وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات الاستعرافية لدى الإنسان, (J. Beck, 1991). كما أن بك وزملاءه قد طوروا نظرية استعرافية يعتمد عليها العلاج الاستعرافي السلوكي كأساس يحدد على ضوءه نوع الفنيات التي تستخدم في هذا العلاج .

ولعل من نقاط القوة في النظرية التي طورها بك كركيزة للعلاج الاستعرافي أنه ، من خلال تفحصه لما هو متوفر من أنواع العلاج النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية ، أخذ بعين الاعتبار واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته ، ومن ذلك (١) مفهوم فرويد حول البناء الهرمي للاستغراق (عمليات أولية وعمليات ثانوية) ومحاولة اكتشاف خيوط مشتركة (Common threads) في انفعالات وأقوال المريض وكذلك مفهوم ما قبل الشعور (٢) نظرية التصورات الشخصية (Personal construct) لكلي Kelly والنظريات الاستعرافية للانفعال التي طرحها Arnold and Lazarus (٣) التركيز على مشكلات محددة في اللحظة الراهنة (Here and now) عند رفقز وأليس Riggs and Ellis (٤) أسلوب روجرز في طرح الأسئلة في العلاج المتمركز حول الشخص و (٥) بناء المقابلة وجدول الجلسة واستحداث وجهات نظر المريض وتحديد الأهداف وتعريض المشكلة لإجرائها وفحص الفرضيات والواجبات المنزلية من المدرسة السلوكية (Beck and Rush, 1989, P.1542) .

ويتميز العلاج الاستعرافي لبك أيضا بأنه يتعامل مع كل حالة حسب ظروفها ، حيث تتم صياغة مشكلة كل مريض بناء على النموذج الاستعرافي الخاص بالاضطراب الذي يعاني/ تعاني منه (Beck, Wright, Newman, 1977, P.27) and Liese, 1993, P.27). كما وجد بيرسونز وبيرنز وبيراف, (Bersons, Burns and Perloff (1988) أن فعالية العلاج الاستعرافي غير مرتبطة بعمر أو دخل (الحالة الاقتصادية) أو الخلفية الاجتماعية أو المستوى التعليمي للمريض (In: J. Beck, 1996, P.2) . وبالإضافة إلى ذلك

يطبق العلاج الاستعرافي في الكثير من بلدان العالم كعلاج أساسي أو كعلاج مساعد لجميع الأمراض تقريباً (J. Beck, 1996, 2) .

تطور العلاج الاستعرافي الملوكي

ظهرت الفكرة الأساسية التي ينادي بها العلاج الاستعرافي الملوكي اليوم قبل مئات السنين من ظهور العلاج نفسه. فقد لاحظ الفلاسفة اليونانيون أن الإدراك يلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها خلال حياته وفي هذا الخصوص يقول (أبيقورس) " لا يضطرب الناس من الأمسياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها " (إبراهيم ، ١٩٩٤، ص ٢٧٣) . كما أنه من الممكن العثور على الجذور الأولى للعلاج الاستعرافي في الفلسفات الكلاسيكية القديمة . فقد مارس الأبيقوريون (Pythagoreans) تمارين عقلية لضبط النفس ، وبحث الافلاطونيون عن الحقيقة التي كانوا ينتظرون ظهورها في ما يدور من حديث بين المعلمين وأتباعهم وتعلم الرواقيون (Stoics) التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمارينات مكتوبة ولفظية في عمليات التركيز والتأمل . وبعد ذلك بقرون قام ديكارت بإحياء المدرسة العقلانية وطرح مذهب الثنائية (Dualism) التي أسهمت في بروز ظاهرة فصل العقل عن الجسم . وفي أواخر القرن الثامن عشر وبداية القرن العشرين اجتاحت حركة الاستشفاء (تحقيق الشفاء باستخدام العقل) (Mind care movement) أجزاء من أوروبا وشمال أمريكا والتي تؤكد على قدرة التفكير على تحسين صحة الناس وأحوالهم (Mahoney, 1993) .

وقد أشار البكري (١٤١٣هـ) إلى أن العلماء المسلمين قد تنبهوا للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شفاؤه وقد اتصفت آرائهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها . وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل الاستعرافية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة

به .

فقد أوضح ابن القيم قبرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر (ص ٣٣) وأشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة (ص ٢٥) ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور (لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا) (ص ٤٩).

وقد تنبه علماء النفس الروس منذ سنوات عديدة لأهمية الحوار الداخلي وتبين لهم أنه مع ازدياد استخدام اللغة تمر عملية تنظيم الفرد لسلوكه بثلاث مراحل :

١- المرحلة الأولى يكون كلام الغير هو المتحكم والموجه لسلوك الطفل الصغير.

٢- وفي المرحلة الثانية يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بنفسه بصوت مسموع ؛ يأمر نفسه بأن يفعل كذا أو يتوقف عن ممارسة كذا . والتوجيه المسموع للسلوك من قبل الشخص يمارس أحياناً حتى من قبل الكبار .

٣- ومع التكرار يصل الفرد إلى المرحلة الثالثة وهي التي يحدث التوجيه فيها بصورة تلقائية وغير مسموعة . وفي هذه المرحلة يتحدث الشخص مع نفسه بصورة دائمة وضامته . التفكير إذن ينظم السلوك ونتائج السلوك تصبح مادة أو غذاء للتفكير أي أن هناك تفاعل مستمر بين التفكير والسلوك (Flanagan, 1990, p.p. 13,14) .

كما أنه من الممكن إرجاع أثر كل أساليب العلاج النفسي، بما في ذلك استخدام العقاقير، التي تؤدي إلى تحسن حالة المريض إلى حدوث تغييرات استعرافية لديه حول توقعاته تجاه العلاج وحول طبيعة ما يشكو منه . ومن الصعوبة بمكان الجزم بأن نجاح بعض الغنيات التي تستخدم في العلاج

السلوكي يحدث بمعزل عن تفكير المريض (إبراهيم ، ١٩٩٤ ، ص ص ٢٧٤، ٢٨١) .

ومع بداية النصف الأخير من هذا القرن بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب الاستعرافية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي . ففي عام ١٩٥٢ نشر بك Beck مقالا حول تطبيق العلاج الاستعرافي على حالة فصام مزمن أشار فيه إلى أنه قام بإضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على هذات ثم طلب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها ، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذات المريض بدأت تختفي بالتدريج (Kingdom & Turkington, 1994) . وقد لاحظ بك عندما كان يمارس التحليل النفسي مع مرضى الاكتئاب أن هناك فروقا في أنماط التفكير بين مرضى الاكتئاب وغير المكتئبين . يفكر المكتتبون في ويعون بصورة غير واضحة أفكارا محددة لم يتذكروها خلال ممارستهم للتداعي الحر (Free association) . وكان من الواضح أنهم لا يستطيعون أن يعوا هذه الأفكار ما لم يطلب منهم التركيز عليها . ويبدو أن هذه الأفكار على الرغم من أنها موجودة على هامش الشعور تلعب دورا هاما في التركيبة النفسية للذين يعانون من الاكتئاب . وتتميز هذه الأفكار بأنها تظهر بسرعة وبطريقة تلقائية ولا تخضع لإرادة المريض وفي الغالب يعقب هذه الأفكار حالة وجدانية غير مسارة (بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب) يعيها المريض على الرغم من عدم وعيه أو وعيه بالكاد بهذه الأفكار التلقائية التي تسبقها (Beck, 1991) .

سوف نكتفي هنا بهذه الملاحظات المبدئية لبك ونحاول إلقاء الضوء على بعض المساهمات الهامة التي أدت إلى تبلور العلاج الاستعرافي السلوكي مثل أعمال كيلي (Kelly) واليس (Ellis) ومكينبوم (Meichenbaum) ثم نعود لاستعراض نظرية بك بشيء من التفصيل في مواضع متعددة من هذا الكتاب على اعتبار أن كتابات بك ونظريته في العلاج الاستعرافي هي الأكثر تفصيلا وانتشارا قياسا على وضع النظريات العلاجية الاستعرافية السلوكية الأخرى (Salkovskis, 1996) .

ظهرت العلوم الاستعرافية (Cognitive Sciences) في الفترة ما بين ١٩٥٥ و ١٩٦٥ ولكن التسليم بها كتطور هام في علم النفس لم يتم إلا في السبعينيات . وظهرت العلاجات الاستعرافية الأساسية قبل أو مع ظهور علم النفس الاستعرافي . فقد كانت أفكار كلي حول التصورات الشخصية (Kelly (١٩٥٥) (Psychology of personal constructs) مصدر إلهام للعلاج الاستعرافي وظهر العلاج العقلاني الانفعالي لأليس قبل التطورات الأساسية في علم النفس الاستعرافي وكانت نظرية علاج الاكتئاب لبك في مراحلها الأولى. وهكذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور الاستعرافي (Cognitive perspective) بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية (formal) المرتبطة بعلم النفس الاستعرافي (Mahoney, 1993) .

لقد كان لكلي أثر كبير على حركة العلاج النفسي الاستعرافي ، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله في تغيير السلوك (Blackburn & twaddle, 1996, p2) . فيرى كلي في نظريته : نظرية التصورات (يستخدم بعض الكتاب العرب كلمتي مكونات ومفاهيم بدلا من تصورات) الشخصية (personal construct theory) أن العالم يقوم بصياغة تصورات حول ما يجري من حوله ثم يتفحص هذه التصورات ويقوم تبعاً للنتائج التي يتوصل إليها بتصحيح أو تعديل هذه الفروض ، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث ويحاول التحكم به. وما ينطبق على العالم ينطبق بصورة عامة على الناس (Phares, 1984, p.159) .

موقف الإنسان من العالم من حوله ، كما يرى كلي ، هو موقف المفسر النشط ، يفسر العالم تبعاً لتصوره للاحتتمالات الموجودة فيه لكن عملية التصور هذه لا توصل إلى الحقيقة مباشرة وما يستطيع الإنسان عمله هو تشكيل تقريبات متتابعة (Progressive approximations) للعالم بناءً على توقعاته ومن ثم تفحص هذه التوقعات من خلال النظر فيما يحدث فيما بعد كما يفعل العلماء تجاه الفرضيات التي يقومون بصياغتها (Blowers & O'connor, 1995) .

وبصورة مبسطة يحاول الناس تفسير الأحداث ثم يكونون تصورات (توقعات) حول ما سيحدث أو يتصرفون بطريقة تزيد من احتمال حدوث ما توقعوه . وإذا ما أردنا إيجاد صلة بين ذلك وبين الاضطرابات النفسية ودور الاستعراف فمن الممكن القول بأن الطريقة التي ينظر بها الناس للبيئة المحيطة قد تخلق لهم ، إذا لم تكن فعالة، مشكلات قد تساهم في نشوء الصعوبات النفسية (Phares, 1984, p. 435 ; Cassidy, 1999, p. 143) . تظهر المشكلات النفسية إذن عندما يعجز النظام التصوري (Construct system) لدى الفرد في توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السابقة بطريقة تكفل القيام بسلوك منظم ، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد وهذا بدوره يقود إلى التوتر . لدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسية التي يكون من خلالها هوية لنفسه واضطراره للابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة قد يؤدي إلى شعوره بالذنب . وقد يشعر الفرد بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع بما سينزل إليه موقف معين وعدم استطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة . وفيما يخص التعامل مع هذه المشكلات وكيفية التعرف عليها فبخلاف التوجه المعروف لدى مدرسة التحليل النفسي التي تشكك في قدرة الفرد على تحديد طبيعة مشكلاته النفسية ، فإن لدى كلي ثقة في قدرة الفرد على اكتشاف طبيعة مشكلاته النفسية وبالتالي فلا بأس، بالنسبة له، من الاعتماد على التقرير الذاتي للمريض (Harr'e & Gillett, 1994, p.138).

وكما هو الحال مع المخطوطة (سوف يتم التعرض للمخطوطة في مواقع متعددة في الصفحات التالية) من الممكن استبدال التصورات الشخصية غير الفعالة بتفسيرات أو توقعات أخرى (Viney, 1993). وهكذا فإن كلى يركز على محاولة إعادة البناء التصوري للمريض لكي يصبح بالتالي قادراً على توقع الأحداث وعلى التعلم من الخبرات والتغلب على الصعوبات النفسية. ومن بين الفنيات التي استخدمها كلى لتحقيق ذلك فنية لعب الأدوار بأشكال مختلفة: ففي عكس الدور (Role Reversal) مثلاً يطلب من المريض لعب دور أحد الأشخاص المهمين في حياته بينما يلعب المعالج دور المريض وتساعد هذه

الفنية المريض في النظر بشكل آخر لعلاقته بذلك الشخص وفي فنية الدور الثابت يقوم المعالج بإعداد دوراً افتراضياً يختلف عن الدور الحقيقي للمريض ويطلب منه تطبيقه لفترة طويلة قد تمتد إلى عدة أسابيع وذلك بهدف مساعدة المريض على إعادة بناء ذاته (بن دليم ١٤١١هـ ، ص ٣١٩) .

وفي الوقت الذي كان فيه يك يتعد بالتدريج عن التحليل النفسي ويبني نظريته في العلاج الاستعرافي خطوة بخطوة وكان كلي يطور أفكاره حول دور الجوانب الاستعرافية في تكيف الإنسان مع بيئته كان ألبرت أليس (Albert Ellis) هو الآخر بصدد التخلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية استعرافية سلوكية خاصة به . يقول أليس بخصوص تزامن تطويره لنظريته مع بناءه بك لنظريته وتخليهما عن التحليل النفسي " وبصورة مستقلة عن ما قمت به ، بدأ أيضاً معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بك) بالتخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج الاستعرافي جدا " (Ellis, 1979, p. 173). وكأول علاج استعرافي سلوكي ، من وجهة نظر أليس ، كان العلاج العقلاني الانفعالي استعرافي وواقعي ونشط ومباشر (Ellis, 1993) .

بدأ أليس ممارسة العلاج النفسي عام ١٩٤٣ من خلال التعامل مباشرة مع مشكلات المرضى واستطاع مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم في عدد قليل من الجلسات لا يتجاوز في الغالب ١٥ جلسة باستخدام العديد من الفنيات . وقد لاحظ أن العلاج النشط المباشر يعطي ثماره ففحص فيه . غير أنه بحثاً عن علاج نفسي أكثر عمقاً قرر أن يكون محلاً نفسياً وبدأ في دراسة التحليل النفسي عام ١٩٤٧ وبعد ممارسته له اتضح له أنه غير مجد بالإضافة إلى أنه يتجاهل كلياً العلاج السلوكي الذي كان قد استخدمه للتخلص من القلق المتعلق بالحديث أمام الآخرين والقلق الاجتماعي الذي عاني منه عندما كان في التاسعة عشر من عمره.

وفي الفترة من ١٩٣٥-١٩٥٥ درس أليس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية ثم توصل في يناير ١٩٥٥ إلى ما أسماه العلاج العقلاني (Rational

therapy) وغير اسمه في عام ١٩٦١ إلى العلاج العقلاني الانفعالي (Rational emotive therapy) (Ellis, 1996, pp.4-6).

ويشير كوري ١٩٨٦ إلى أن أليس قد اعتمد في تطوير نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية. ويعتبر كتابه (العقل والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in psychotherapy) (1962) الذي احتوى على مقالات في العلاج العقلاني الانفعالي نشرت منذ علم ١٩٥٦ وما بعد ذلك من الأعمال الرئيسية التي ساهمت في دفع الاتجاه الاستعرافي في العلاج النفسي كأمسلوب مغاير لأنواع العلاج التقليدية المساندة آنذاك (P.208). ويرجع أليس نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة بالإضافة ما يتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات. وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار. وتنتج معظم الانفعالات من التفكير وبشكل اللوم (blame) للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية (P.212).

وكان أليس قد اقترح في بداية صياغته لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي عددا من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصبية :

- ١- يجب أن أكون محبوبا من قبل كل الناس .
- ٢- يجب أن أُنجز ما أقوم به بطريقة قريبة من الكمال .
- ٣- بعض الناس مخادعون وأشرار ويستحقون العقاب بسبب ذلك .
- ٤- من أكبر المصائب سير الأمور بعكس ما يتمنى الإنسان .
- ٥- أسباب المصائب خارجية ولا يستطيع الفرد عمل أي شيء حيالها .
- ٦- يجب على الإنسان أن يكون دائما حذرا لكي يتجنب الأخطار التي من المتوقع أن تحدث له في أي لحظة .
- ٧- التخلي عن بعض المسئوليات وتحاشي التعامل مع الصعوبات أسهل من مواجهتها .

- ٨- من الأفضل أن يعتمد الإنسان على الآخرين ويجب عليه أن يحرص دائماً على وجود شخص أقوى منه لمساعدته .
- ٩- ما حدث في الماضي هو أساس السلوك الحاضر وهذا شيء لا يمكن تبديله .

- ١٠- يجب أن يتأثر الإنسان ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات .
- ١١- لكل مشكلة حل وعلى الفرد التوصل إلى هذا الحل حيث بدونه لا يمكن أن تسمى الأمور بطريقة مرضية (Flangan, 1990, p. 42) وقد تم فيما بعد حصر هذه الأفكار في ثلاثة أشياء أساسية يصبر المريض على تحقيقها : (Musts)

- ١- يجب أن أكون قادراً على أداء الأشياء المهمة بصورة جيدة وأن أكون قادراً على تكوين علاقات ناجحة ، وإذا لم أستطع تحقيق ذلك فإبني شخص غير مؤهل وعديم القيمة . وينتج عن ذلك القلق الشديد والاكتئاب واليأس والشعور بالدونية . وكذلك السلوكيات التالية : الانسحاب والتجنب والإيمان .
- ٢- يجب على الآخرين مراعاة مشاعري ومعاملتي بطريقة تتسم بالعطف أو بالعدل أو بالمحبة ، فإن لم يفعلوا ذلك فإنهم أناس سيئون وغير جديرين بأن يعيشوا حياة سعيدة . وتكون النتيجة هي الشعور بالغضب والغیظ والهيّاج الشديد والامتناع . وعلى الجانب السلوكي المشاجرات والعداء والعنف والحروب والقتل الجماعي .
- ٣- يجب أن تكون الظروف التي أعيش فيها مريحة وسارة ومشجعة . وإن لم تكن كذلك فهي شيء مروع لا أستطيع تحمله ، ويعني ذلك أن العالم بشع ورديء . وتكون النتيجة الشعور بالإشفاق على الذات والغضب وانخفاض مستوى القدرة على تحمل الإحباط . وسلوكياً الانسحاب والتسويق والإيمان . (Ellis, 1996, p. 13)

وبالإضافة إلى ذلك طرح أليس الكثير من الآراء حول الاضطراب الإنساني والشخصية. ففيما يتعلق بالاضطراب أقترح أليس نظريته (ح أ ع)

ذاتعة الصبوت . وتمثل أ (الاعتقاد) الهدف الذي يوجه العلاج نحوه على أساس أنه يلعب دوراً كبيراً في ظهور مشكلات المريض ولأن المريض يربط بين ح (الحوادث) وبين ع (العواقب) دون أن يعي أن أ هي التي تحدد نوع الانفعال فان هناك قجوة أو حلقة مفقودة في العلاقة بين ح و ع (Beck & Rush, 1989, P.1541) . فما يحدث إذن هو أن الناس بطبيعة الحال يمرون بحوادث غير مرغوب فيها (ح) فينظرون إليها نظرة تعكس ما لديهم من اعتقادات (أ) عقلانية أو غير عقلانية حولها . وتبعاً لذلك يقودون أنفسهم إلى عواقب انفعالية أو سلوكية ملائمة إذا استخدموا الاعتقادات العقلانية أو إلى عواقب انفعالية أو سلوكية غير ملائمة إذا استخدموا الاعتقادات غير العقلانية . ويتبنى أليس هنا الفلسفة العلمية ذات الاتجاه المنطقي الواقعي إلى حد كبير حيث تميل إلى الأمبريقية (الحقيقية) وجمع البيانات التي من الممكن أن يلاحظها ويحسها الإنسان (Ellis, 1993) .

أما بالنسبة للشخصية فقد تبنت طريقة العلاج العقلاني الانفعالي في مراحلها الأولى، المفاهيم التالية :

١- الاستعداد البيولوجي (Biological Predisposition) . يولد الناس ولديهم استعداد ليكونوا عقلانيين ول يحفظوا ويحققوا نواتهم ولكن لديهم أيضاً استعداداً قوياً للتصرف بطريقة غير عقلانية ومحبطة للذات .

٢- القابلية للتأثر بالحضارة (Cultural influenceability) . يتأثر الناس ، تبعاً لميولهم الفطرية القوية، خصوصاً خلال طفولتهم بأفراد من عوائلهم وأقاربهم والظروف الحضارية التي يعيشون فيها بصورة عامة . يساهم الناس في ازدياد ، على الرغم من وجود فروق فردية بينهم ، اضطراباتهم الانفعالية وازدياد لاعقلانيتهم من خلال مساهمتهم لبعض العادات الموجودة في العائلة والمجتمع .

٣- التفاعل بين الأفكار والمشاعر والسلوك (Interaction of thought, feeling and action) . يفكر ويشعر ويتصرف الناس الأسوياء بشكل تفاعلي. تؤثر أفكارهم بقوة في (وأحياناً تحدد) مشاعرهم وسلوكياتهم؛ وتؤثر

انفعالاتهم في أفكارهم وتصرفاتهم كما أن تصرفاتهم تؤثر في أفكارهم ومشاعرهم. وأحداث تغيير في أي من هذه المتغيرات قد يتبع بتغيرات في المتغيرين الآخرين، ولذلك يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي أساليب استعرافية وانفعالية وسلوكية.

٤- قوة العلاج الاستعرافي (The power of cognitive therapy) . يؤدي أي تغيير استعرافي أساسي إلى إحداث تغييرات هامة في مشاعر وسلوكيات متعددة بينما لا يؤدي التغيير الهام في المشاعر أو السلوك إلا إلى تغيير استعرافي محدود (Burks & Steffle, 1979) .

ومع مرور السنين وبعد ما كتب عن العلاج العقلاني الانفعالي تأييداً أو رفضاً، بدأ أليس في تليين موقفه تجاه الواقعية المنطقية (Logical Positivism) . فبدلاً من تمسكه بأنه من الممكن الوصول إلى الحقيقة المطلقة من خلال الملاحظة العلمية والتجريب أصبح على استعداد بالتسليم بأن ما قد يبدو حقيقة اليوم قد يكون غير ذلك بعد يوم أو سنة أو قرن . وذلك أن الأشياء والمعلومات حول هذه الأشياء وكذلك إدراكات وأفكار الناس تتغير (Ellis, 1996, p. 254) . وقد أدت هذه التطورات لدى أليس إلى التوصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني الانفعالي المميز (Preferential) الذي يتصف بأنه بنائي (Constructivist) وإنساني (Humanistic) الأمر الذي ينفي عنه صفة العلاج العقلاني الحسي الواقعي فقط ويشتمل العلاج في صيغته الجديدة على النقاط التالية :

١- تبعاً لـ (ع ع أ) (العلاج العقلاني الانفعالي) يتعلم الناس في الأغلب أهدافهم وتفضيلهم للنجاح والاستحسان من أهلهم ومن الثقافة التي تحتويهم ويشعرون، ولا ضير في ذلك، بالإحباط وخيبة الأمل عندما يفشلون أو لا يحصلون على استحسان الآخرين لهم . ولكنهم يطورون (لأن لديهم استعداد فطري لذلك) مقولات (اعتقادات) إلزامية مطلقة ومطالب حول رغباتهم . وتبعاً لذلك فإنهم عندما يصبحون عصاةيون ، لا يصابون بالاضطراب نتيجة لتأثيرات بيئية خارجية عن المألوف ولكنهم في الأغلب يجعلون من أنفسهم أناس

عاجزين عن التكيف الانفعالي والتكيف السلوكي

٢- عندما يضع الناس مطالب غير عقلانية (محبطة للذات) حول أنفسهم وحول الآخرين وكذلك حول الظروف المحيطة بهم فإنهم أيضاً يميلون إلى تكوين ، كمشتقات من الإلزاميات الموجودة لديهم ، ادراكات غير عقلانية مشوهة ، واستنتاجات واعزاءات تساهم بشكل واضح في اضطراباتهم . وهكذا إذا أصبر شخص ما على (الابد وأن يحبني فلان) وحدث أن تجاهله هذا الشخص فعلاً فسرعان ما يقرر (ويصدق بقوة) أن :

أ / هذا الشخص يكرهني .

ب/ وكرهه لي شيء شنيع .

جـ/ أنا شخص حقير لأنه يكرهني .

د / لن يحبني أي شخص محترم .

٣- ولمساعدة الناس على التغلب على اعتقاداتهم غير الفعالة وعلى الاضطرابات التي تصاحبها لا يكفي الـ (ع ع أ) بأن يوضح لهم الاستنتاجات والاعزاءات غير العقلانية وكيفية مناهضتها بل يوضح لهم أيضاً ما لديهم من مقولات ومطالب إلزامية والتي في الغالب تكون ، لا شعورياً وبطريقة صامتة ، الأساس وتقود إلى الملزمات غير الفعالة . يعلمهم كيف يبحثون عن الأفكار الجبرية لديهم بأنفسهم ويدلهم على الكيفية التي توصلهم في النهاية إلى حل (ع ع م) الراجع للعصاب : يهيئون أنفسهم من خلال عدم تغيير (إلا نادراً وليس أبداً) تفضيلاً لهم إلى مطالب مبالغ فيها وبالتالي يجعلون أنفسهم ، إلى حد كبير ، أقل عرضة للاضطراب .

٤- الاستعراف والانفعالات والسلوكيات بالنسبة لـ (ع ع أ) ليست نقيّة متبلونة ولكنها تتفاعل ويحتوي كل منها على الآخر بشكل متكامل وكلي . المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي يدرك تماماً ، مع أن هذه القضية فلسفية إلى حد كبير ، أن للمشاعر والسلوكيات أثر قوي على الاعتقادات وأن الاعتقادات تؤثر على المشاعر والسلوكيات وأن المشاعر تؤثر في الاعتقادات والسلوكيات (Ellis, 1962, 1988, 1991) . وهكذا فإن الـ (ع ع م) منحى

علاجي مرن ويستخدم عدد كبير من الطرق الاستعرافية والانتفاعية والسلوكية مع معظم المرضى (Ellis, 1996, p. 1991).

٥- وعلى الرغم من أن الناس في الغالب يكوّنون أفكارهم غير العقلانية خلال مرحلة الطفولة وأن أثر هذه الأفكار قد لا يظهر إلا في مراحل لاحقة لأن الناس يخلدون هذه الأفكار أو يكوّنون أفكاراً جديدة أو كلاهما، يقوم الناس عادة بصورة مستمرة بإعادة تكوين وتعديل أفكارهم غير العقلانية ويحافظون أو يساهمون بذلك في تفاقم اضطراباتهم. وهكذا فإن أفكار ومشاعر وسلوكيات الناس التي حدثت في الماضي لا تبقى موجودة حتى اليوم فحسب وإنما تعدل ويعاد بناءها. والمعالج الذي يستخدم (ع ع م) كما يرى ستيفان نيلسن (Stevan Nielsen) لا يعود للماضي من أجل التوصل إلى فهم (عميق) للمريض أو لإحداث تغيير عميق. الماضي عبارة عن مواد مخزونة في الذاكرة (Memory) تستدعي (يعاد بناؤها) وتفحص من قبل المعالج والمريض وليس مكاناً يعودان (time travel) إليه! في الواقع يشعر الكثير من المرضى بالضيق تجاه الماضي. على كل حال الماضي لا يوضح طبيعة اضطرابات الناس. الماضي مصدر إزعاج حقيقي إذا كان لدى المرضى اعتقادات مثيرة للكدر فعلاً حول ما يتذكرونه في حياتهم الماضية. في (ع ع أ) الاقتناع القوي أفضل من (ماضي) أو (تاريخي) كمرادف لعميق. السبب الأساسي لاضطراب الناس الشديد هو أنهم الآن يكوّنون بصورة حازمة أو يعيدون تكوين أفكارهم المزعجة ويقوّنون اعتقادات عميقة حول شيء ما: وغالباً ما يكون شيئاً يفكرون فيه حالياً، شيئاً يتذكرونه أو شيئاً يتخيلونه الآن حول المستقبل. وقد تكون هذه الأشياء: أشياء لم تحدث أصلاً أو لن تحدث أو من المستحيل أن تحدث بالمرّة (Ellis, 1996, p. 16).

٦- نظرياً يفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس في الغالب مهينون بيولوجياً لتكوين ومن ثم التمسك بقوة وحماس وإصرار بما لديهم من العزمات والاعتقادات الأخرى التي تخلق الاضطرابات. لذا يحاول المعالج في (ع ع أ) أن يقتنعهم ويعلمهم الكيفية التي تجعلهم يفكرون ويشعرون ويتصرفون

بصرامة وقوة وإصرار ضد المطالب الملح و يعودون إلى التفضيل بدلا من الإصرار المبالغ فيه. ولذلك تستخدم في الـ (ع ع أ)، بصورة دائمة تقريبا، عدد من الفنيات الانفعالية الإظهارية (evocative) مع المريض في العلاج الفردي والجمعي .

٧- يفترض نظريا في الـ (ع ع أ) أن لدى الناس ميلا للتعود على أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم المضطربة وتكرارها بسهولة وبشكل تلقائي حتى عندما يعرفون أن نتائجها سلبية. ومن أجل ذلك يلزمهم في الغالب لإحداث تغيير في أنفسهم أن يجبروا أنفسهم بطريقة قد لا تكون مريحة لهم على دفع أنفسهم لكسر العادات غير المجدية . ولكن في الغالب يكون مستوى تحمل الإحباط لدى الناس منخفضاً: يعتقد المريض بصورة غير عقلانية أنه (لا يجب علي أن أبذل جهداً لتغيير نفسي وإنما يجب أن أبحث عن طريقة مريحة وسحرية لإحداث التغيير المطلوب) . وغالبا ما يكون لدى الناس أيضاً اضطرابات ثانوية (يقللون من قيمة الذات) حول الاضطرابات الأولية وإلحاح شعوري أو غير شعوري على (لا يجب علي أن أزجج نفسي بهذه الطريقة السخيفة ، أنا شخص تافه ومعتوه إذا فعلت ذلك) . في الـ (ع ع أ) يبحث المعالج عن ويركز على اجتناب الاضطراب الثانوي والاضطراب الأولي من الجذور، وفي مسيل ذلك يستخدم عدد من الأساليب الاستعرافية والانفعالية. وفي الـ (ع ع أ) يتم التركيز أيضاً على الواجبات المنزلية السلوكية التي تشتمل على الثواب والعقاب، إزالة التحسس الحي، إجراءات مباشرة مضادة للخوف، وكذلك أسلوب منع الاستجابة. لذلك فقد يكون الـ (ع ع أ) أكثر سلوكية (يستخدم الأساليب السلوكية) من معظم أنواع العلاج الاستعرافي السلوكي الأخرى .

٨- الـ (ع ع أ) كما كان دائماً علاج نفسربوي وتبعاً لذلك يستخدم بشكل كبير العلاج بالقراءة والعلاج بالأشرطة (سمعي) ، والحلقات الدراسية وحلقات العمل والمحاضرات وطرق تعليمية أخرى . الـ (ع ع أ) يساعد كل فرد يعيش في نظام غير فعال (كما في العوائل التي تخلق الأزمات) على تغيير نفسه على الرغم من النظام الذي يعيش فيه. كما يعلم (ع ع أ) الناس

طرق حل المشكلات ، ويُدربهم على المهارات الاجتماعية، لكي يكون بإمكانهم تغيير البيئة غير الفعالة التي يعيشون فيها .

٩- يفترض في الـ (ع ع أ) أن لدى الناس في الواقع، على اختلاف الطرق التي تربوا عليها، ميلين خلاقين متضادين: (أ) ميل لتحقيق أنفسهم وميل للمبالغة في تقدير أنفسهم والآخرين ، كما أشير إلى ذلك من قبل، وبالتالي يجلبون لأنفسهم الاضطراب وعدم الفعالية و(ب) ميل للتغيير وتحقيق نواتهم كأناس أكثر صحة وأقل اضطراباً. ويحاول المعالج في الـ (ع ع أ) أن يوضح لهم الكيفية التي يستطيعون بها استخدام الميل إلى تحقيق الذات للحد من ميولهم لجلب الاضطرابات لأنفسهم .

١٠- مبادئ الـ (ع ع أ) تعارض التصلب ، الإلزامية ، الأحادية (التركيز على جانب وتجاهل الجوانب الأخرى) ، والجمود وتفضل بقوة الانفتاح على الخبرات الجديدة والبحث عن البدائل وتقبل الآخرين والمرونة . وتتمسك بأن العلم بطبيعته يبحث عن المعرفة بدون تعصب، يتفحص الأشياء للتأكد من صحتها ويتصف بالمرونة ، وأنه (العلم) أمبريقي يستخدم المنطق بدون تصلب للوصول إلى حلول (غير كاملة) للظواهر العالمية التي لم تحل بعد ولزيادة نسبة السعادة لدى البشر . هذه النظرة للعلم التي تفترضها مبادئ الـ (ع ع أ) ذات صلة وثيقة بما يسمى غالباً بالقدرة على التكيف.

١١- ومع أنه يفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس خلاقون (مبدعون) ولديهم القدرة على البناء بفطرتهم. وأنهم قد يجلبون لأنفسهم الانزعاج بدون مبرر فإنه يفترض أيضاً أن لديهم ميل وقدرة على التأمل في أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم لكي يصححوا الطرق المحبطة للذات والتي طوروها بأنفسهم إلى حد كبير ويفترض في الـ (ع ع أ) أن الناس عندما يغضبون أنفسهم تكون ردود أفعالهم الانفعالية وبالأذات الفزع ، الاكتئاب وكره الذات في الغالب قوية ومرهقة إلى درجة أنها تتدخل في قدرتهم على معالجة أنفسهم وتعيق بعض قدراتهم الخلاقة . كما أن اضطراباتهم حول الاضطراب (القلق حول الاضطراب) نفسه تحد من قدرتهم على التغيير (Ellis, 1996, p.p 199-

. 200)

تمثل النقاط المذكورة أعلاه ملخصا للعلاج العقلاني الانفعالي المميز الذي يتداخل، كما يرى أليس، مع العلاج الاستعرافي السلوكي العام ولكنه أيضا يختلف عنه . وقد وردت في هذه النقاط الخطوط العريضة للفنيات التي تستخدم في هذا النوع من العلاج.

و قد لاحظ بعض الباحثين أن مستخدمي العلاج العقلاني الانفعالي يجدون صعوبة في تحديد الفنيات التي تدخل ضمن العلاج العقلاني الانفعالي المميز وتلك التي تخرج عنه: هل تشمل فنيات الـ (ع ع أ) على التعرض الحي (In vivo exposure) مثلا وعلى الفنيات التي تستخدم في العلاج الاستعرافي لبك (Haaga & Davison, 1993). وقد أجاب أليس (1996) عن هذه التساؤلات في كتابه : علاج مختصر، أفضل وأعمق وأطول أثرا، المنحى العقلاني الانفعالي السلوكي (Beter, Deeper, and more ednuring Brief therapy, the Rational Emotive Behavior therapy Approach) (استخدم كلمة (سلوكي) في عنوان الكتاب ومنتته (أضيفت لأول مرة عام 1993)) حيث يتضح من الكتاب أن بإمكان المعالج الذي ينتمي لهذا النوع من العلاج استخدام عدد كبير من الفنيات ولكنه صنفها تبعا لفعاليتها إلى :

١- فنيات تحدث أثرا عميقا .

٢- فنيات تحدث أثرا أقل عمقا .

وتشتمل الفنيات التي تحدث الأثر العميق على المناهضة القوية (Forceful Disputing) المركزة، فبراسا على المناهضة العادية (Regular Disputing)، التي تشتمل على المناهضة المنطقية (Logical Disputing) : هل رغبتك القوية في أداء عملك بشكل جيد وإرضاء مديرك في العمل تعني أنه يجب عليك دائما بصورة قاطعة القيام بذلك ؟ .

والمناهضة التجريبية (Empirical Disputing) : ليس من مصلحتي عدم أداء وظيفتي بشكل جيد أو عدم إرضاء مديري ولكن ما هو الدليل على أن عدم قيامي بذلك شيء مفزع وشنيع والمناهضة العملية أو الوظيفية (practical or functional Disputing) : إلى أين سيؤدني هذا الاعتقاد ؟ هل يؤدني إلى حياة أفضل ؟ هل يجعلني شخصا سعيدا ؟.

وتستخدم في المناهضة القوية التي تؤدي إلى نتائج أفضل وأسرع وأكثر ديمومة الأفكار المضادة للأفكار غير العقلانية بعد صياغتها بشكل مؤثر وقوي وترديدها بشكل قوي ومؤثر ومن الأمثلة على ذلك :

١- تسجيل (شريط مسجل) عبارات مثل (تبعاً لنوع المشكلة) : في حالة الشخص الذي لا يستطيع التحدث مع رئيسه : (لن أهتم أبداً بشعوري بالقلق أو عدم الارتياح عندما أفكر في التحدث مع رئيسي، أستطيع بكل تأكيد التحدث إليه ! سأفعل ذلك ولن أترافع عنه مهما كانت درجة فزعي وقلقي . وسوف لن أتردد في الإقدام على التحدث معه أبداً) والاستماع إلى هذه العبارات عدد كبير من المرات .

٢- عبارات مجابهة قوية (Forceful coping statement) : (مقابلة المدير صعبة ولكنها ليست شيء يستحيل القيام به ، لن أعير شعوري بعدم الارتياح أي اهتمام ! لن يدوم سوى فترة وجيزة إذا تحملته ولكنه سيلازمني طيلة حياتي إذا انصبت من الموقف بسببه (عدم الارتياح) . يقوم المريض بترديدها بحماس حتى يهضمها (يستوعبها) فعلاً ثم يتصرف بموجبها.

٣- لعب الدور المعكوس (Reverse Role Playing) : يقوم المعالج بدور المريض ويتمسك بتصلب بأفكاره غير العقلانية ويطلب من المريض أن يحاول ما يستطيع جعل المعالج يتخلى عن هذه الأفكار .

٤- تحدي الأفكار العقلانية (Challenging Rational Beliefs) : وفي هذه الطريقة يطلب المعالج من المريض ، بعد أن يتوصل إلى عدد من الأفكار العقلانية (المناهضة للأفكار غير العقلانية) ، إعطاء أدلة وأمثلة على صحة وفائدة الأفكار التي توصل إليها المريض ، وذلك بهدف دفعه إلى التصديق بها

أكثر ومضيقها انفعاليا .

ويلجأ المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي ، في حالة ثبوت عدم جدوى المناهضة القوية بالدرجة المرغوبة، بسبب ارتفاع درجة القلق الذي يجعل المريض غير قادرا على التعامل استعرافيا مع الأفكار غير العقلانية إلى استخدام بعض الطرق الاستعرافية القوية (forceful cognitive methods) والتي من الممكن تسميتها؛ الطرق الاستعرافية الانفعالية -cognitive-emotive methods ومن هذه الطرق :

- ١- التخيل العقلاني الانفعالي (Rational Emotive Imagery) .
- ٢- تمارين مواجهة الخجل (Shame-attacking Exercises) .
- ٣- استخدام الدعابة (the use of humor) .
- ٤- تدريب المريض على القبول غير المشروط لنفسه.

كما يوصي أليس باستخدام بعض الطرق السلوكية لتدعيم الطرق العقلانية الانفعالية آنفة الذكر . وتشتمل الطرق السلوكية على :

- ١- الإزالة الحية للحساسية (In vivo Desensitization) ٢- البقاء في المواقف الصعبة (Staying in Difficult situations) ٣- استخدام الطرق التدعيمية (Using reinforcement methods) و٤- استخدام الأساليب العقابية والجزائية (Using punishments and penalties) وهي في الغالب عبارة عن عقاب ذاتي يتفق عليه كل من المريض والمعالج، كأن يقوم المريض بعمل شيء لا يرتاح له في حالة عدم توقفه عن السلوكيات التي يرغب في التخلص منها . ومن المحتمل أن يستفيد المريض من الأسلوب دون معاقبة نفسه كما اتفق عليه، حيث قد يتوقف عن السلوكيات غير المقبولة أو يمارس سلوكيات جديدة لكي يتفادى معاقبة نفسه .

أما الفنيات التي تحدث أثرا أقل عمقا فتشتمل على :

- ١- الاستفادة من إمكانيات ومواهب المريض ٢- استخدام أسلوب حل

المشكلات ٣- استخدام التخيل الإيجابي ٤- التركيز على العلاقات الاجتماعية للمريض ٥- جعل المريض يدرك بأنه قادر على إحداث تغييرات في سلوكياته ٦- إبعاد الصفة المرضية عن المشاعر والسلوكيات المضطربة المريض ٧- استخدام فنيات تشتيت الانتباه. ٨- الدعم والتشجيع و٩- رفع مستوى احترام المريض لذاته. وبالإضافة إلى ذلك فلا يرى أليس بأساً في أن يستخدم المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي أي طريقة يعتقد أنها سوف تعيد المريض بعد أن يتضح له أن المريض لم يستفد الاستفادة المرجوة من الفنيات الأخرى التي سبق ذكرها . ويندرج تحت ذلك الفنيات التي لا يثق بها كثيراً ويضرب على ذلك مثلاً : أنه استخدم التويم المغناطيسي مع أحد المرضى رغم عدم رغبته في استخدامه بعد أن جرب الفنيات الأخرى دون حدوث تحسن معقول في وضع المريض. وقد تطرق أليس إلى علاقة الأديان بالاضطرابات النفسية مؤكداً على أن التمسك بتعاليم بعض الأديان يؤثر (وعلى المعالج التسليم بذلك والاستفادة منه في مجابهة مشكلات المريض) بصورة إيجابية وصحية على مشاعر وسلوكيات الناس و أن التمسك ببعض المعتقدات الأخرى يؤثر سلباً على الصحة العقلية للفرد . ومن الفوائد المتميزة التي يجنيها الفرد من إيمانه: ١- إن الإيمان بوجود خالق قادر على كل شيء يقف إلى جانب مخلوقاته عند الحاجة يخفف القلق ويبعد الاكتئاب عن الإنسان ٢- إن تعاليم الدين تؤدي إلى صلاح الفرد والمجتمع من خلال القواعد السلوكية التي تحث على قوة التحمل وتجنب العادات الضارة ومساعدة الناس وتساعد الفرد فسي تغيير حياته للأفضل و ٣- أن التمسك بالدين يجعل لحياة الإنسان معنى حيث يدرك الفرد أن الحياة ومشاكلها ليست كل شيء وأن هناك هدف أسمي وهو ما سوف يحصل عليه المؤمن في الحياة الآخرة (Ellis, 1996, pp. 44-80).

ونظراً لشمولية الدين الإسلامي وسمو مصادره فيمكن المعالج النفسي المسلم الاستعانة به في إعادة البناء الاستعرافي للمريض ومساعدته في إدراك الأشياء وإعطائها حجمها الحقيقي تبعاً لما ورد في التعاليم الإسلامية وكذلك بإمكانه استخدام العلاج الاستعرافي السلوكي في تقوية الإيمان لدى المريض

الذي قد يكون لديه صعوبة في تقدير واستيعاب الأمور المتعلقة بوجوده نظرا لسيطرة القلق عليه واستحواذه على قدر كبير من طاقاته الاستعرافية بشكل يحد من قدرته على التفكير والإدراك السليم لما يحيط به .

وفي الوقت الذي بدأ فيه العلاج الاستعرافي السلوكي ممثلا ، إلى حد كبير في العلاج الاستعرافي لبك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليس يجذب الباحثين ويفرض وجوده كعلاج نفسي أساسي يمارس بشكل واسع في مراكز العلاج النفسي على اختلاف أنواعها ، طرح مكينبوم ١٩٧٧ (Meichenbaum) مساهماته (ضمن ما أسماه تعديل السلوك الاستعرافي) المنبثقة من نفس المنهج الذي يستخدمه بك مع التركيز على الحوار الداخلي (Internal dialogue) وتوجيه الذات (Self instructions) (Stone, 1980,p.3) . وفي الوقت الذي يثمن فيه العاملين في العلوم النفسية ما لإسهامات مكينبوم الإيجابية في تطور العلاج الاستعرافي السلوكي تشير الكثير من الدراسات في هذا المجال إلى فعالية برامجه الاستعرافية السلوكية الخاصة بالتدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية (Stress Inoculation Training) في التعامل مع الكثير من المشكلات النفسية لدى فئات متعددة من محاجي الخدمات النفسية (Corey,1986; Maag & Kotlash,1994). وبينما كانت عدم قناعة كل من بك وأليس بالعلاج النفسي التحليلي أحد الدوافع التي أدت بهما إلى تطوير العلاج الاستعرافي السلوكي كان عدم رضا مكينبوم بصورة عامة عن المناهج التي تستخدمها المدرسة السلوكية من الأمور التي سلّمت في ظهور التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية . ويشبه أسلوب مكينبوم الأساليب الاستعرافية السلوكية الأخرى إلى درجة كبيرة حيث يقابل الحوادث الاستعرافية (أفكار وخيالات) (Cognitive events) عند مكينبوم الأفكار التلقائية (Automatic thoughts) عند بك . ولهذه الظاهرة أهمية كبيرة عند كليهما وعند بقية المشتغلين بالعلاج الاستعرافي السلوكي كما أن مكينبوم يعتمد في نظريته على الكثير من المصطلحات التي تستخدم في العلاج الاستعرافي

ليك مثل المخطوطة والتحفيز في معالجة المعلومات والتفكير حول التفكير (Metacognition) وتحديد الأفكار الثقافية والتعامل معها (Meichenbaum, 1985). (سوف تذكر هذه النقاط بتفصيل أكثر عند الحديث عن نظرية بك في العلاج الاستعرافي السلوكي).

ويهدف التدريب التحصيلي ضد الضغوط النفسية إلى تزويد الفرد بمهارات محددة تساعد على التعامل الجيد مع المواقف الضاغطة ويتكون من ثلاث مراحل :

- أ / وضع تصور للمشكلة (conceptualization) وتشتمل على بناء علاقة علاجية مع الفرد وجمع المعلومات ذات العلاقة بنقاط القوة والضعف لدى المريض وإعادة صياغة المشكلة بشكل يجعلها قابلة للحل .
- ب / مرحلة اكتساب المهارات والتدريب عليها .
- ج / التطبيق والمتابعة .

يتم في المرحلة الأولى تكثيف المريض حول طبيعة المشكلة التي تم تحديدها (مثلاً: قلق ، غضب ، عدوان ، اكتئاب) وحول العناصر المكونة لها. وفي المرحلة الثانية يتم تدريب المريض على المهارات اللازمة للتعامل مع المشكلة . تحدد في هذه المرحلة الجوانب التي يعاني المريض من نقص فيها ويتم اختيار الفنيات الضرورية لسد أوجه النقص . وفي المرحلة الثالثة يقوم الفرد بتطبيق ما تعلمه من مهارات من خلال التعرض المنظم للمشكلة داخل الجلسة أو خارجها (Maag & Kotlash, 1994) .

يقوم المعالج في المرحلة الثانية باستخدام ما يلائم مشكلة المريض من الفنيات الاستعرافية السلوكية التي يستخدمها معظم المعالجون الاستعرافيون السلوكيين والتي سوف يعرض الكثير منها في مواضع أخرى من هذا الكتاب وسوف نكتفي هنا بعرض ملخص لإحدى الطرق التي يعزى إلى مكينيوم تطويرها والاهتمام بها : التدريب على التوجيه الذاتي أو الحوار الذاتي الموجه

(Self-Instructional Training or Guided Self-Dialogue) .

يتكون التوجيه الذاتي الموجه من عبارات يقولها الفرد لنفسه في كل مرحلة من مراحل التعرض للمواقف الضاغطة. والهدف من وراء هذا الإجراء هو مساعدة المريض على :

١- تقويم ما يتطلبه الموقف الضاغط والتخطيط لمواجهة ما قد يتعرض له المريض من مواقف ضاغطة في المستقبل .

٢- التحكم في الأفكار والخيالات (Images) والمشاعر المحبطة للذات وتلك التي تساعد في جعل المريض يتصور المواقف كمصادر ضغط عليه حتى لو لم تكن كذلك إذا ما تم إدراكها من منظور آخر .

٣- التسليم بـ والاستفادة من إعادة تصنيف (Relabel) الخبرات المثيرة للانفعالات غير المرغوبة .

٤- التعامل مع الانفعالات الشديدة وغير الفعالة التي قد بخبرها (يعاني منها) المريض .

٥- التهيئة النفسية لمواجهة الموقف الضاغط.

٦- مراجعة أدائه وتدعيم نفسه مقابل المحاولات التي قام بها لمواجهة الموقف الضاغط .

ويفضل مكينوم ألا تكون هذه العبارات عبارات عامة لتفادي ترديدها بشكل روتيني من قبل المريض كما يعتقد أن أثر العبارات المتعلقة بكفاءة الفرد وقدرته على التحكم فيما يدور من حوله أفضل من أثر العبارات (pp.69-70) الأخرى . وفيما يلي مثال على العبارات التي تستخدم في التدريب على التحصين ضد الضغوط حيث تقدم للمريض لكي يتحدث بها مع نفسه عند مواجهة الضغوط بعد أن تتم مناقشتها من قبل المعالج والمريض لمعرفة وجهة نظر المريض فيها ومدى استيعابه لها وقدرته على استخدامها :

الاستعداد للموقف الضاغط :

- الهدف: التركيز على الاستعداد للمهمة .
- مناهضة الأفكار السلبية .
- التأكيد على التخطيط والإعداد .

أمثلة :

- ما الذي يجب علي عمله ؟
- أستطيع إعداد خطة للتعامل مع الموقف الضاغط .
- فكر فقط فيما يمكن عمله حياله .
- قد يكون موقف صعب .
- أستطيع إعداد خطة للتغلب عليه .
- تذكر: ركز على الموقف دون النظر إليه كموضوع شخصي .
- لا تقلق ، التلق لن يؤدي إلى نتيجة .
- ما الأشياء المفيدة التي أستطيع القيام بها بدلا من ذلك ؟
- أشعر بشيء من التوتر - هذا شيء طبيعي .
- ربما أنا فقط متحمس لمجابهة الموقف .

مجاابه الموقف الضاغط والتعامل معه :

- الهدف: التحكم في رد الفعل على الموقف الضاغط .
- الاطمئنان على القدرة على التعامل مع الموقف .
- إعادة النظر في الموقف الضاغط والنظر إلى كشيء يمكن الاستفادة منه .

التذكير باستخدام الاستجابات التي تساعد على التعامل مع الموقف
(مثل الاسترخاء) .
الحفاظ على التركيز على المهمة أو الموقف .

لمحة :

هين نفسك من الناحية النفسية ، أستطيع أن أصمد أمام هذا الموقف .
أستطيع إقناع نفسي بأنني أستطيع الصمود .
خطوة بخطوة .
قم بتجزئة الموقف إلى وحدات يسهل التحكم فيها .
لن أفكر في الموقف الضاغط سأفكر في ما يجب علي القيام به .
ما أشعر به الآن هو ما أخبرني به المعالج .
الموقف يذكرني باستخدام ما لدي من مهارات للتعامل معه .
من الممكن النظر إلى التوتر كشيء إيجابي ، أنه أول خطوات التعامل مع
الموقف بنجاح .
استرخ ، أستطيع التحكم في الموقف ، خذ نفس بطيء وعميق .
أنا المسيطر على الموقف طالما حافظت على هدوني .
لا تعطي الموضوع أهمية أكثر مما يجب .
انظر إلى الجوانب الإيجابية ، لا تتسرع في اتخاذ القرارات .
لدي العديد من القنيات التي أستطيع استخدامها لتخطي الموقف .
الأمر ليس بالسوء الذي أتصوره .
أستطيع النظر إلى الموقف بتروي وبهدوء تام .

التعامل مع الشعور بعدم القدرة على التصرف أمام الموقف :

الهدف : (هذه المرحلة لا تحدث دائما) .

إعداد خطط لما قد يطرأ في المستقبل، الاستعداد لاحتمال حدوث ضغوط خارجية.

الاستعداد للتعامل مع أسوأ ما يمكن حدوثه عند الشعور بفقدان السيطرة على الموقف وعدم القدرة على التصرف حياله .

التشجيع على عدم محاولة تنادي الموقف .

الحفاظ على التركيز على الموقف .

تقبل ما تشعر به وانتظر حتى تخف حدته .

تعلم كيف تستطيع التحكم ولو في جزء يسير مما يحدث حتى لو حدث أسوأ ما كنت تتوقعه .

أمثلة :

توقف وتأمل عندما تتعرض لموقف ضاغط .

ركز على الحاضر ، ما الذي يجب على عمله .

قدر شدة الضغط على مقياس من ٠ إلى ١٠ وراقب تغيره .

يجب أن أتوقع أن الضغوط قد تزداد أحيانا .

لا تحاول التخلص من الضغوط نهائيا ، المهم هو القدرة على التعامل معها .

أشعر بتوتر .

استرخ وفكر بهدوء .

الوقت مناسب لأخذ نفس بطيء وعميق .
 لنأخذ الموقف خطوة بخطوة .
 الضغوط مؤثر لشيء ما .
 سوف أقوم بالتعامل مع ما يستوجب ذلك .

تقويم ما بذل من جهد للتعامل مع الضغوط ومكافأة الذات :

الهدف تقويم المحاولات الخاصة بمجابهة الضغوط ؛ ما الذي ساعد وما الذي لم يكن مفيدا في مجابهة الضغوط ؟
 تأمل في الخبرات السابقة لاتخاذ العبر مما حدث .
 لا تتجاهل المكاسب الصغيرة ولا تقلل من قيمة التقدم المتدرج .
 أعط نفسك حقها من التقدير على المحاولات التي قمت بها .
 استمر في المحاولة ، لا تتوقع الكمال .
 ما الذي كان من الممكن عمله بصورة أفضل، بشكل مختلف ؟

أمثلة :

لم تكن سيئة بالصورة التي توقعتها .
 أعطيت الضغوط أهمية أكثر مما تستحق فعلا .
 الأمور تتحسن في كل مرة استخدم فيها هذا الإجراء .
 لم أستخدم مما قمت به هذه المرة ، ولكن لا بأس من ذلك .
 ما الشيء الذي أستطيع تعلمه من محاولاتي .
 أنا مرتاح للتقدم الذي حققته .
 جابهت الضغوط بشكل جيد .

ممتاز ، لقد تجاوزت الموقف . في المرة القادمة سوف يكون أدائي أفضل
(Meichenbaum, 1988, p.p 72-73) .

وبالإضافة إلى مساهمات كلي وبك وأليس ومكينبوم في تطور العلاج
الاستعرافي السلوكي كان هناك أيضا أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى الإسراع
بتطور هذا النوع من العلاج . ومن ذلك على سبيل المثال دور ارنولد
Arnold ١٩٦٠ ولازاروس Lazarrus ١٩٦٦ في التأكيد على أهمية
الاستعراف في تغيير الانفعالات والسلوك ودور باندورا Bandura ١٩٧٧ من
خلال نظريته (نظرية التعلم الاجتماعي) (Social learning theory) في
إبراز أهمية الاستعراف في تطور السلوكيات الجديدة وكذلك إسهامات ملهوني
Mahoney ١٩٧٤ في محاولته ، كما فعل مكينبوم ، إضفاء صبغة استعرافية
على العلاج السلوكي من خلال ما كتبه حول التحكم الاستعرافي في السلوك
(Blackburn & Twaddle, 1996, (cognitive control of behavior)
. p.2)

ومع ذلك تعتبر أعمال كل من بك وأليس هي الرائدة في تطور العلاج
الاستعرافي السلوكي قياسا على مساهمات المنظرين الآخرين (Rachman,
1997, p. 13) . وتعتبر نظرية بك النظرية الأكثر جذبا لاهتمام الباحثين
والمهتمين بالعلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة (Rachman, 1997,
p. 13; & Twaddle, 1996, p.2) كما سيتضح في الصفحات التالية .

تعليق :

وبصورة عامة يمكن القول أنه على الرغم من الأثر الفعال الذي أحدثته
نظرية التصورات الشخصية لكلي في تطور العلاج الاستعرافي السلوكي سواء
من الناحية النظرية المتمثلة في التأكيد على دور الجانب الاستعرافي للمريض
في صحته النفسية وفي مرضه أو من الناحية التطبيقية كأثر أفكاره المباشر في
نوع العلاقة بين المعالج الاستعرافي السلوكي وبين المريض التي يجب ، كما

يرى كلي، أن تكون علاقة تسودها روح التعاون والتشاور المستمر بينهما (Blackman & twaddle, 1996, p.7) لم تلق نظريته قبولا كبيرا من قبل المشتغلين بالعلوم الاستعرافية لكونها صعبة الفهم ربما لكثرة تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات (الفاقي، ترجمة، ١٩٩٠، ص ٢٧٣). ويضاف إلى ذلك أن علم النفس الاستعرافي يركز كثيرا على الكيفية التي تمثل بها المعلومات عقليا بينما لم يول كلي ذلك الكثير من الاهتمام. كان اهتمامه ينصب على الكيفية التي يتم من خلالها تكوين التصورات وليس على كيف يتم تمثيلها في العقل (Blowers & O'connor, 1995).

كما أن أفكار مكينيوم في العلاج الاستعرافي السلوكي لم تلق أيضا من الاهتمام ما تحظى به أفكار بك وأفكار أليس في هذا المجال نظرا للتشابه الكبير بين أفكاره وبين الأفكار المطروحة عند نشر كتابه الشهير "تعديل السلوك الاستعرافي" (١٩٧٧) باسم إنشاء أفكاره حول التدريب على التوجيه الذاتي، كما ذكر من قبل، وهو أيضا إجراء يتداخل مع الأساليب الاستعرافية السلوكية الخاصة بالتعامل مع الأفكار وإيجاد البدائل لها ولعل الفرق بين التدريب على التوجيه الذاتي والطرق الأخرى ينحصر في أن طريقة مكينيوم تركز على تدريب المريض على عبارات محددة لاستخدامها في مجابهة أفكار سلبية تحدث في مواقف ضاغطة محددة أيضا بينما يدرّب المريض في منحى كل من بك وأليس على طرق عامة من الممكن استخدامها في تحدي الأفكار السلبية التي قد تطرأ فيما بعد في مواقف محددة. ويضاف إلى ذلك أن المعالج في التدريب على التوجيه الذاتي يزود المريض بعبارات من عنده، كما ذكر سلفا، في حالة عدم وعي المريض بأفكاره السلبية، ولا يفضل استخدام هذا الأسلوب سوى عدد قليل من المعالجين الاستعرافيين نظرا لأنه لا يشجع المريض على التفكير بنفسه نفسه (Trower, Casey & dryden, 1992, p. 91).

وعلى الجانب الآخر يعتبر أليس من رواد العلاج الاستعرافي السلوكي وهناك من يعتبر أن نظريته "العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي" النظرية

الأولى في العلاج الاستعرافي السلوكي وأن بعض النظريات الأخرى في هذا المجال بما في ذلك نظرية العلاج الاستعرافي لبك ونظرية التعديل الاستعرافي للسلوك لمكينيوم ليست سوى نظريات معدلة من نظرية أليس أو حتى مجرد امتداد لها (Corey, 1991, p. 234) ، خلافا لما أشير له سابقاً من أن هناك تزامن ولكن استقلالية في ظهور نظريتي أليس وبك .

ومهما كان الأمر فإن هناك تشابهاً كبيراً بين نظرية أليس ونظرية بك وهناك أيضاً اختلافات في بعض الجوانب . فمن حيث التشابه يتفق كل من أليس وبك على:

١- أن معظم الاضطرابات النفسية تنشأ من وجود أخطاء استعرافية أو أخطاء في المعالجة الاستعرافية للمثيرات أو كلاهما .

٢- أن هدف العلاج هو تصحيح هذه الأخطاء .

٣- التركيز على المشكلات الحالية والتفكير الحالي وليس على الإمعان في قصص تاريخ المريض كما كان مألوفاً في أنواع العلاج النفسي المبكرة .

٤- استخدام الأساليب السلوكية في العلاج الاستعرافي (Rachman, 1997, p.13) . ولكن نظرية بك تختلف عن نظرية أليس في عدة نقاط لعل أهمها:

١- أن أسلوب أليس يميل أكثر إلى المواجهة والتوجيه وذلك بخلاف أسلوب بك الذي يعتمد، بدلاً من ذلك، على تشجيع المريض على اكتشاف أفكاره غير الفعالة بنفسه .

٢- بخلاف ما هو في نظرية أليس تقدم نظرية بك نماذج مختلفة للاضطرابات النفسية؛ نموذج استعرافي للاكتئاب ونموذج استعرافي للقلق على سبيل المثال وتبعاً لذلك تستخدم تدخلات مختلفة تتناسب مع النموذج الخاص بالاضطراب الذي يتعامل معه المعالج (Corey, 1991, p. 228).

٣- تتصف نظرية بك بالتمسك بينما يميل أليس في كتاباته إلى أسلوب قصصي وتنفّر نظريته إلى الترابط (Rachman, 1997, p. 14) .

٤- يركز أليس كما هو الحال مع مكينيوم على محتوى الاستعراف لدى المريض بينما ينظر بك نظرة أكثر تفصيلاً لعملية الاستعراف ويقسمها إلى

مستويات متعددة؛ فهناك الأفكار التلقائية (محتوى) وأخطاء في معالجة المعلومات (عملية التفكير) (متعلقة بأسلوب التفكير) والاعتقادات والافتراضات غير الفعالة (البناء أو المخطوطات الاستعرافية) وهكذا فإن بك تخطى مجرد التعامل مع محتوى تفكير المريض (Blackburn & Twaddle, 1996, p. 3-4).

وبالإضافة إلى ذلك حاول بك، بصورة ملحوظة، أن يربط نظريته بما يستجد من دراسات في علم النفس الاستعرافي والعلوم الأخرى ذات العلاقة أكثر مما فعله أليس وقد بدا ذلك بشكل أكبر في آخر ما كتبه بك حول الشخصية والاضطرابات النفسية والعلاج النفسي (Beck, 1996) وفيما كتب تعليقاً على هذه الأفكار الجديدة له من قبل الباحثين في الأسس النظرية، المبنية على ما استجد في علم النفس الاستعرافي والعلوم ذات العلاقة، للعلاج الاستعرافي السلوكي (Teasdale, 1997). وسوف نتعمق مناقشة العلاج الاستعرافي السلوكي لبك بشكل أوسع في مواقع متعددة من هذا الكتاب وسوف يتم أيضاً التركيز على هذا الأسلوب عند التعرض للفنيات المستخدمة في العلاج الاستعرافي السلوكي في الأجزاء المخصصة لذلك في هذا الكتاب.

وتجدر الإشارة إلى أنه خلال الفترة التي نمت فيها العلاج الاستعرافي السلوكي واتضحت أهم معالمه المتمثلة في كونه يجمع بين أسلوبين كان كل منهما يخالف بل يتناقض مع الأسس التي ينطلق منها الآخر بدأ الكثير من الاستعرافيين ومن السلوكيين في الاعتراف بأهمية الجوانب الاستعرافية للإنسان إلى جانب المتغيرات البيئية في فهم السلوك ومحاولة التحكم فيه (Stone, 1980, p. p. 3-4). ومع ذلك فقد ظل بعض السلوكيين وبعض الاستعرافيين يقاومون هذا الالتقاء بين المدرستين ومن ذلك أن بعض السلوكيين يرى أن هذا التقارب عبارة عن محاولة غير موفقة للتقرب من العقلية (mentalisim) (يقصد بها في علم النفس أن محاولة التركيز على الجوانب الفسيولوجية في فهم العمليات الاستعرافية-العقل- لن تؤدي إلى فهم السلوك الإنساني) (Reber, 1995) ((التي يأملون زوالها في أقرب وقت ممكن كما أن

بعض الاستعرافيون ينظرون بريبة تجاه هذا الانتماج (Phares, 1980, p. 474) . ولقد كان للتشابه بين الاتجاه الاستعرافي والاتجاه السلوكي في التأكيد على ضرورة إتباع المنهج العلمي بأقصى درجة ممكنة من الصرامة وفي وضوح الخطوات المتبعة في العلاج وكذلك نجاح العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع بعض الاضطرابات التي لم يكن العلاج السلوكي موفقاً في التعامل معها مثل الاكتئاب دوراً كبيراً في نجاح هذا الالتقاء غير المتوقع بين المدرسة السلوكية والمدرسة الاستعرافية في العلاج النفسي .

لقد كان عدم الرضا عن التحليل النفسي بالإضافة إلى الأسس العلمية التي تضمنتها نظريات التعلم وراء ظهور الأفكار المتطرفة في المدرسة السلوكية التي تعزو المشكلات النفسية إلى أخطاء في التعلم . كما أن عدم الرضا عن كل من التحليل النفسي والمدرسة السلوكية المتطرفة وبالذات ما يتعلق بتجاهلها شبه التام لدور الاستعراف في السلوك وبالتالي عدم استطاعتها تقديم تفسيرات مقنعة للاضطرابات النفسية من الأسباب التي ساهمت في سرعة انتشار العلاج الاستعرافي السلوكي . فتطور المدرسة السلوكية والمدرسة الاستعرافية إذن كان إلى حد ما رد فعل على وضع قائم ، لم يستطع تقديم تفسيرات للسلوك ترضي طموحات المشتغلين في العلوم النفسية .

ولكن السلوكية وقعت ، ربما بسبب بدايتها القوية المدعومة بالتجارب العلمية وافتقار مدرسة التحليل النفسي إلى ذلك ، في خطأ ظهرت نتائجه السلبية فيما بعد، تمثل في الاهتمام بالجانب التطبيقي على حساب الجانب النظري . لقد أدى إصرار السلوكيين على التركيز على أثر البيئة فقط على سلوك الإنسان وتجاهل العوامل الداخلية له (التي ركز عليها أصحاب مدرسة التحليل النفسي) والاعتماد على التجارب التي تجري على الحيوانات إلى العجز عن تقديم تفسيرات أكثر شمولاً وإقناعاً لسلوك الناس (Rachman, 1997) .

أما النظريات الاستعرافية السلوكية فلم تكرر ما وقع فيه السلوكيون . فالمنظرين في العلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يمزجون، مع شيء

من التفاوت فيما بينهم بخصوص درجة أهمية كل جانب بالنسبة للجانب الآخر، بين المنظور الاستعرافي والمنظور السلوكي تبعاً لحالة كل مريض، الأمر الذي أعطى لنظرياتهم مجالا أوسع يسمح لهم بطرح تفسيرات أكثر قوة وإقناعا للسلوك.

وربما كان ذلك من بين الأسباب الهامة التي أدت إلى انتشار العلاج الاستعرافي السلوكي في أماكن متعددة من العالم بعد تواجده القوي في الولايات المتحدة الأمريكية وفي المملكة المتحدة حتى أن العاملين في العلاج النفسي في البلدان التي كانت المدارس العلاجية النفسية الأخرى تستحوذ على جل اهتمامهم بدعوا الآن في تقبل الأساليب العلاجية الاستعرافية السلوكية والترحيب بها والشروع في استخدامها (Seiden, 1994).

الفصل الثاني، قواعد العلاج الاستعرافي السلوكي

أولاً، مبادئ النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي

يتضح من كتابات بك ما بين الفترة ١٩٦٧-١٩٩١ ومن كتابات بعض زملائه أن النظرية الاستعرافية للأمراض النفسية تتخذ من الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات المحور الأساسي الذي تدور حوله تفسيرات النظرية الاستعرافية للاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان . وتفترض هذه النظرية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه كما تفترض وجود أبنية استعرافية (مخطوطات) كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض من خلال ما ينتج عنها من أفكار وأخيلة تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره .

وللإنسان من وجهة النظر الاستعرافية هذه ، دور نشط في تكوين واقع خاص به . ويعتمد الإنسان في رؤيته لما حوله على نظام معالجة المعلومات لديه الذي من خلاله يختار ، يغير ، ويفسر المثيرات التي تصادفه . وتلعب المعاني الشخصية (الذاتية) التي يعطيها لما يعترضه من حوادث دوراً هاماً في قدرته على التكيف . فقد يستجيب باستجابات سلوكية أو انفعالية غير متكيفة إن هو أخطأ في تفسير ما يحدث من حوله . وهكذا فإن الاستعراف يؤثر على الانفعالات وعلى السلوك . ومع ذلك فإن النظرية الاستعرافية لا تفترض أن الأفكار تسبب السلوك أو الانفعالات (وبالذات في الكتابات الحديثة لأصحاب النظرية الاستعرافية) ، لأنها (الأفكار) لا تسبق الانفعالات أو السلوك في كل الأحوال ، وترى عوضاً عن ذلك أن هناك تفاعل وتأثير متبادل بين هذه المتغيرات .

وتفترض النظرية الاستعرافية أنه من الممكن التعرف على الأفكار واستبطائها ولكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت تحكم الفرد . فالأفكار التلقائية تفلت من سيطرته وترعجه ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة

ورصد هذه الأفكار ثم التخلص منها أو إبطال مفعولها غير الإيجابي عليه .

وأخيراً يفترض في النظرية الاستعرافية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض (Clark and Steer, 1996, PP. 79-77) .

ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم الاستعرافية بصورة عامة وفي النظرية والعلاج الاستعرافي بصورة خاصة فقد تم وضع مسلمات جديدة تتسم مع هذه التطورات وتستشرف ما قد يحدث مستقبلاً :

١- المصادر الأساسية للأداء أو التكيف النفسي هي الأبنية الاستعرافية التي تقوم بتشكيل المعاني والتي تسمى المخطوطات الاستعرافية ، ويقصد بالمعنى تفسير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات .

٢- مهمة عملية إعطاء المعاني هذه (على المستوى التلقائي أو المقصود Automatic or deliberate) هي محاولة التحكم في المنظومات النفسية المتنوعة (على سبيل المثال ، السلوك ، الانفعال ، الانتباه، والتذكر) . وهكذا فإن المعنى ينشط الاستراتيجيات الخاصة بالتكيف .

٣- هناك تأثير متبادل بين المنظومات الاستعرافية والمنظومات الأخرى .

٤- وترتبط كل فئة من هذه المعاني بأنماط محددة من الانفعالات والانتباه والتذكر والسلوك . وتسمى هذه العملية بـ : خصوصية المحتوى الاستعرافي (Cognitive content specificity) .

٥- ومع أن المعاني من صنع الشخص وليست بالضرورة أشياء موجودة من قبل في الواقع فإنها تكون صائبة أو خاطئة من حيث علاقتها بسياق أو هدف معين . عندما يحدث التشويه الاستعرافي أو التحيز تكون المعاني غير فعالة أو غير تكيفية (Maladaptive) . ويشتمل التشويه الاستعرافي على أخطاء في المحتوى الاستعرافي (المعنى)، أو في المعالجة الاستعرافية (تفسير المعاني) أو في الاثنين معاً .

٦- لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء استعرافية محددة (التشويه الاستعرافي). وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء: الهشاشة الاستعرافية (Cognitive vulnerability)؛ هناك أنواع مختلفة من الهشاشة الاستعرافية يجعل كل منها الفرد أكثر استعداداً للتعرض لاضطراب معين.

٧- تنشأ الاضطرابات النفسية من تكوين معاني غير متكيفة حول الذات، السياق البيئي (الخبرة) والمستقبل (الأهداف) والتي تسمى مجتمعة بالتأثير الاستعرافي (Cognitive triad). لكل أعراض إكلينيكية معاني غير متكيفة مميزة وترتبط بعناصر التأثر الاستعرافي : في الاكتئاب تفسر كل العناصر الثلاثة تفسيراً سلبياً . في القلق ينظر للنفس كذات عاجزة ، ويمثل الموقف مصدر خطورة للفرد، ويبدو المستقبل غامضاً أو مشكوكاً فيه . وفي الغضب واضطرابات البارانويا ، يعتقد الفرد أن الآخرين يعاملونه معاملة سيئة أو ينوون إيذائه ، وينظر إلى العالم كمكان يخلو من العدل ويتعارض مع مصالحته. خصوصية المحتوى الاستعرافي (ارتباط أفكار معينة باضطراب معين) مرتبطة بالتأثر الاستعرافي .

٨- يوجد ثلاثة مستويات للاستعراف :

أ / المستوى ما قبل الشعوري ، غير المقصود ، التلقائي (الأفكار

التلقائية) (Automatic thoughts) .

ب / المستوى الشعوري .

جـ / التفكير حول التفكير (ما وراء الاستعراف) (Metacognitive) ،

والذي يشمل على الاستجابات الواقعية أو العقلانية أو التكيفية .

(سوف يتم التعرض لهذه المستويات بشيء من التفصيل في مواضع

لاحقة من هذا الكتاب). (Alford and Beck, 1997, PP. 15-17).

وبالإضافة إلى مسلمات النظرية الاستعرافية هناك مبادئ خاصة بالعلاج

الاستعرافي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية الاستعرافية :

١- يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتفتحها بصورة مستمرة ضمن إطار المنظور الاستعرافي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومن ذلك: تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي) ، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعسرف على السلوكيات غير المرغوب فيها (العزلة الاجتماعية ، التردد ، السلوكيات التي تتفاعل مع الأفكار وتدعماها). ثم يحاول التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض (حانئة محزنة ، تغير شيء مألوف وبعد ذلك يتعسرف على الأسلوب الاستعرافي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل) . يقسوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة .

٢- يتطلب العلاج الاستعرافي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يتق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق لسه وحسن الاستماع بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية .

٣- يشدد العلاج الاستعرافي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة. العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات .

٤- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة .

٥- يركز العلاج على الحاضر. في معظم الحالات يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض . ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة ١- رغبة المريض الشديدة

في القيام بذلك ٢- عدم حدوث تغيير يذكر في الجوانب الاستعرافية والسلوكية والانفعالية ٣- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

٦- العلاج الاستعرافي السلوكي علاج تعليمي ، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس) .

٧- العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قصير المدى . يتم علاج معظم حالات الاكتئاب والقلق في مدة تتراوح ما بين ٤-١٤ جلسة .

٨- تتم الجلسات في العلاج الاستعرافي السلوكي وفق جدول عمل معين يحاول المعالج تنفيذه قدر الاستطاعة؛ التعرف على الوضع الانفعالي للمريض؛ يطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي ؛ إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

٩- يعلم العلاج الاستعرافي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

١٠- يستخدم العلاج الاستعرافي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير ، المزاج ، والسلوك . يستخدم في العلاج الاستعرافي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات الاستعرافية الأساسية مثل الأمثلة السوقراطية والاكتشاف الموجه فنيات من مدارس أخرى وبالأذات من المدرسة السلوكية (J.S. Beck, 1996, PP.5-8) كما ذكر سابقاً .

١١- يؤكد العلاج الاستعرافي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض يناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض

مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج الاستعرافي السلوكي (Blackburn and Twaddle, 1996, P.9).

ثانياً ، المخطوطة Schema

المخطوطة كلمة مرادفة لخطة Plan ، طريقة outline ، بناء structure إطار Framework وبرنامج Program . وفي أي من هذه المعاني يقصد بكلمة مخطوطة، عندما ترد في معظم التراث الخاص بالنظرية الاستعرافية و في العلاج الاستعرافي السلوكي القوة التي توجه سلوك الفرد (Reber, 1995).

مفهوم المخطوطة الاستعرافية في التراث المبكر للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي ،

نشأت فكرة المخطوطة كمحاولة للتعرف على الكيفية التي ينظم بها الإنسان المعارف التي يكتسبها في حياته أو ما يسمى بالتمثيل الداخلي للمعارف (Brewin, 1989) . وقد انتشر استخدام المخطوطة بفضل بحوث الذاكرة التي تنظر إلى هذا المفهوم كتمثيل منظم للمعلومات الخاصة بما يتعرض له الفرد من مثيرات في حياته اليومية (Wells, 1994) والمخطوطة في نظر أصحاب الاتجاه الاستعرافي هي الأداة التي يفهم الفرد من خلالها ما يمر به من خبرات ويقرر الكيفية التي سوف يتعامل بها مع هذه الخبرات (J. Beck, 1995) وهكذا فإن الفرد قد لا يرى الواقع كما هو لأن إدراكه للواقع مبني على نوع المخطوطات التي تكونت لديه، الأمر الذي قد يجعله يكون نظرة خاصة به هو عن الواقع تختلف عن نظرة غيره من الناس (Ream, 1991) . ولهذه النظرة الخاصة بكل فرد للواقع الذي يعيش فيه دور أساسي في تحديد ردود فعله على ما يدور من حوله . وتجدر الإشارة إلى أن تطور والنظرة أو المعنى (أو المخطوطة) الذي يعطيه الفرد لما يتعرض له من مثيرات ليست

مقصورة على عقد نفسية معينة أو على التثبيت كما يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي ولكنها مرتبطة بأمور كثيرة هامة في حياة الفرد مثل خبرات النجاح والفشل والقبول والرفض والاحترام والازدراء (Beck, 1991).

والمخطوطة قد تكون متكيفة أو غير متكيفة ، وفي الحالة الثانية قد يكون صاحبها عرضة للاضطرابات النفسية المتعددة . وللمخطوطة غير المتكيفة عدد من الخصائص التي لاحظها الممارسون الإكلينيكيون ويؤديها عدد من البحوث في مجال علم النفس الاستعرافي والعلاج الاستعرافي السلوكي:

- ١- المخطوطة غير المتكيفة أكثر جموداً من المخطوطة العادية (المتكيفة) .
- ٢- تبقى كامنّة حتى تستثار بمثيرات شبيهة بالظروف التي تشكلت فيها .
- ٣- قد يحدث نوع من التوسع في عدد المثيرات (تعميم) التي تثير المخطوطة مما يزيد من فقدان سيطرة الفرد على تفكيره .
- ٤- محتوى المخطوطة يعتمد على خبرات الفرد السابقة (Wells, 1994) .
- ٥- تظهر في العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ثلاث عمليات متعلقة بالمخطوطة أطلق عليها ينق ١٩٩٤ Young (أ) الحفاظ على المخطوطة (Schema maintenance) (ب) تفادي المخطوطة (Schema avoidance) و(ج) تعويض المخطوطة (Schema compensation). والمثال التالي يوضح هذه العمليات الثلاث؛ قد يمارس المريض الذي لديه مخطوطة اعتمادية (Young & Klosco, 1993) سلوكيات سلبية (Passive) يعتمد من خلالها على العلاقة العلاجية (الحفاظ على المخطوطة- سلوكيات تدعم المخطوطة) برفض أن يثق في المعالج أو يترك العلاج قبل إتمامه ويشير إلى أنه سوف يحل مشكلته بنفسه (تعويض المخطوطة)، أو يتفادى بصورة مستمرة مناقشة المسائل الصعبة، يغير موضوع الحديث أو يطرح أزمة جديدة كل أسبوع (تفادي المخطوطة) (In: Wills & Sanders, 1997).

ويفترض أصحاب الاتجاه الاستعرافي السلوكي في تفسير الاضطرابات النفسية أن المخطوطة غير التكيفية تكون نشطة لدى من يعانون من الاكتئاب والقلق ونوبات الفزع والوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات النفسية.

وعندما تنشط هذه المخطوطة غير المتكيفة تصبح لديها القدرة على إزاحة المخطوطة المتكيفة أو منع نشاطها مما يجعل التعامل مع الموقف تعاملًا غير ملائم لأن المخطوطة غير المتكيفة تجعل الفرد يفسر الموقف بشكل متحيز (Oei and Free, 1995) (Biased) تبعاً لمحتويات المخطوطة وما ينتج عنها من أفكار تلقائية .

وفي الوقت الذي تؤدي فيه المخطوطة إلى إدراك متحيز للمعلومات التي يتعرض لها الفرد، بحيث تكون منسجمة مع محتواها، فإن هذه المعلومات من جانبها قد تؤثر في المخطوطة وقد تساعد على تغييرها (Feldman, 1994) ، ويعتبر هذا الافتراض من الافتراضات الأساسية الذي يقوم عليه العلاج الاستعرافي السلوكي .

وخلال الخبرات التي يمر بها الفرد يتم تشكيل عدد كبير من المخطوطات حول مناحي الحياة المتعددة للإنسان فهناك من المخطوطات ما يتعلق بالفرد نفسه وما يتعلق بالبيئة المحيطة به وما يتعلق بتعامل الفرد مع ما يتعرض له من مثيرات: على سبيل المثال قد يكون لدى شخص ما الاعتقادات التالية :

أنا شخص غير محبوب، قيمتي كشخص مرتبطة بما أقوم به من أعمال (محتويات المخطوطة المتعلقة بالفرد) ولا بد أن أؤدي ما أنا بصدد القيام به على أكمل وجه (محتويات المخطوطة المتعلقة بالتعامل مع العالم) (Feldman, 1994) ويتفرع عن هذه الأنواع الرئيسية عدد كبير من المخطوطات مثل تلك الخاصة بتصنيف الناس حسب ألوانهم ، جنسهم ، أو أحجامهم ومخطوطات خاصة بتوجيه السلوك في المطعم ، الجامعة أو في أي مكان آخر ، فالفرد يتصرف في هذه الأماكن بسلوكيات مختلفة لأن المخطوطات تشتمل على القواعد السلوكية الخاصة بكل من هذه الأماكن . السلوكيات المبنية على محتويات المخطوطة لدى كل فرد قد لا تكون صائبة في كل الأحوال حتى لو اعتقد الفرد أنها هي السلوكيات الملائمة (Reardon, 1991) .

المخطوطة غير المتكيفة ، تبعاً للنموذج الاستعرافي قد تؤدي إلى

تفسيرات غير موفقة للمثيرات التي يتعرض لها الفرد ويتبع ذلك سلوكيات غير ملائمة الأمر الذي قد يؤدي في النهاية إلى شعور الفرد بالاكنتاب ، القلق أو الغضب. وتحدد درجة احتمال تعرض الفرد لهذه الاضطرابات نتيجة لوجود مخطوطة غير متكيفة وفقا لعدد من العوامل منها :

- ١- درجة تمسك الفرد بالمخطوطة .
- ٢- أهمية المخطوطة بالنسبة لسلامة الفرد .
- ٣- قوة الأفكار البديلة للمخطوطة عندما تستثار (المخطوطة) .
- ٤- الخبرات السابقة المتعلقة بالمخطوطة .
- ٥- قصر أو طول الفترة التي مرت بعد تشكيل المخطوطة (Freeman, 1992, In blackburn and Twaddle, 1996) .

تطور المخطوطة غير المتكيفة:

قد يكون من المفيد هنا قبل الحديث عن تطور المخطوطة غير المتكيفة تقديم ملخص لعملية معالجة المعلومات التي ينتج عنها ، في مراحل متقدمة ، تشكّل المخطوطة. بصورة عامة المرحلة الأولى في عملية معالجة المعلومات هي التقاط المعلومات من البيئة من خلال الحواس يلي ذلك محاولة إعطاء معنى لما تم التقاطه كمرحلة أخرى ثم تخزين المعنى الذي أعطى لما لوحظ في الذاكرة كمرحلة ثالثة (Mathews, 1997) .

ولكن التوصل إلى معنى أو مخطوطة(نموذج سيميائي/مخطوطاتي) (سيتم التطرق لهذا الموضوع فيما بعد) لما يتعرض الإنسان من خبرات لا يحدث بهذه السهولة كما يرى تيزديل Teasdale. يقترح تيزديل أن هناك، بناء على ما نعرفه عن الكيفية التي يعمل بها العقل ، تسعة أنواع مختلفة نوعياً من المعلومات أو الشفرات (Codes) العقلية :

أ / الشفرات الحسية والشفرة الخاصة بالإحساس الداخلي في الجسم

وتشتمل على الشفرة السمعية (Acoustic) وهي التي تقوم بترميز (Encode) ما يسمعه الفرد ، والشفرة البصرية (Visual) وتعني بترميز ما يراه الفرد والشفرة الخاصة بحالة الجسم (Body-state) وتختص بترميز ما يحس به الفرد داخل جسمه مثل الألم ، وضع الأعضاء بالنسبة للجسم ، والطعم والرائحة بناء على المعلومات التي سجلتها الحواس .

ب/ شفرات الوصف البنائي الوسيطة

Intermediate Structural Description Codes

تشتمل على شفرة المورفونولكسكل (Morphonolexical) (تعني بالصيغ الكلامية) وهي التي تقوم بترميز وصف تجريدي لما تم التقاطه من الشفرة السمعية (الكلمات والعلاقات فيما بينهما في حيز الصوت) Fentities (and relationships in sound space) تمثل هذه الشفرة ما يسمعه الفرد من الداخل (Hear in the head) . كما تشتمل على شفرة الأشياء التي تقوم بترميز وصف تجريدي بنائي (Structural) للأشياء والعلاقات في الحيز البصري بناء على مجموع المعلومات التي في الشفرة البصرية. تسجل هنا أشياء متكاملة : طاولات ، كراسي وعلامات مكانية مثل فوق وخلف. ما يسجل هنا عبارة عن، إذا لم يكن مرتبط بحوادث بصرية حقيقية ، ما ينتجه التخيل البصري (Visual imagery) .

ج/ شفرات المعاني (Meaning Codes)

وتشتمل على الشفرة الخبرية (Propositional) التي تتمثل فيها المفاهيم الدلالية (Semantic concepts) والعلاقات فيما بينها ، على سبيل المثال (للطيور أجنحة) و (وحيد أطول من وليد) ، المعاني في هذا المستوى سهلة الفهم لأنها مرتبطة بما تظهره الجملة . تشتمل هذه الشفرة على عبارات تأكيديه لعلاقات محددة يمكن التأكد من صحتها ومعرفة ما إذا كانت صحيحة أو خاطئة . وإلى جانب الشفرة الخبرية توجد الشفرة

الضمنية (Implicational) . في هذه الشفرة يتم ترميز تجريدي لمدخلات الشفرة الحسية ، شفرة الإحساس الداخلي للجسم والشفرة الخبرية. في هذه الشفرة يتم استخلاص ودمج ما سجل في الشفرات الأخرى. المعنى الذي يسجل هنا معنى متكامل (Whole) يختلف نوعياً عن مجموع المعاني الخبرية والمعلومات الحسية التي ساهمت في تشكيله. ما يحدث هنا هو تشكيل ما يمكن تسميتها بنماذج مخطوطاتية للخبرة (Schematic models of experience) .

د / شفرات الاستجابة (Effector Codes)

وتختص بالمعلومات اللازمة للتحكم بمخرجات الكلام والمعلومات اللازمة للتحكم في جميع النشاطات الحركية .

وبالإضافة إلى ذلك يوجد في النظام الاستعرافي آلية تحول المعلومات من شفرة مختصة بنوع معين إلى شفرة أخرى . على سبيل المثال يتم تحويل مدخلة حسية صوتية إلى الشفرة الخاصة بالكلام . كما يتم مثلاً إنتاج ردود الفعل الانفعالية الاكتئابية في الشفرة الاستجابية (د) عندما يسجل في الشفرة الضمنية وضع مرتبط بفقدان شيء معين .

وهناك ذاكرة مستقلة لكل شفرة من الشفرات العقلية التسع يخزن فيها كل ما يسجل في هذه الشفرات . فبعد الانتهاء من محادثة بين شخصين على سبيل المثال تتم عملية تخزين متعددة لما حدث ، يسجل في الذاكرة الخاصة بالكلام تمثيلات للكلمات التي قيلت في المحادثة وفي الشفرة الخاصة بالمعنى يسجل تمثيل للمعنى المحدد المشتق مما قيل بما في ذلك الكلمات التي قيلت وفي الذاكرة الخاصة بالشفرة الضمنية يتم تخزين تمثيل للتفسير المعطى لما حدث ؛ شهيد ، ارتياح أو غموض على سبيل المثال (Teasdale and

Barnard,1993; Teasdale, 1996, 1997)

وتتطور المخطوطة غير المتكيفة عبر الآليات المذكورة عندما يتعرض الفرد لخبرات سلبية في فترة الطفولة أو ما بعدها (Rapee,1996). وهناك

من يميل إلى الاعتقاد بأن المحيط العائلي ، قياساً على السياقات الأخرى ، هو المصدر الأساسي لتشكل المخطوطة غير المتكيفة (Feldman, 1994) . فقد توصل قرينسمان وبندر لي بناء على نتائج دراسات متعددة حول نشوء الانفعالات وعلاقتها بالتنشئة والتفكير وبالصحة العقلية بصورة عامة إلى أن للخبرات المبكرة للطفل وبالذات ما هو مرتبط بالتفاعل بين الطفل وبين من يحتك بهم (والدين أو من يتولى تربية الطفل) دور كبير في بناء شخصيته وإلى أن هناك علاقة تفاعلية حساسة بين التركيبية البيولوجية للطفل وبين خبراته لكن الخبرات تطوّر الجوانب البيولوجية لكي تتسجم مع بيئة الطفل . ومن الممكن إرجاع وجود بعض الاعتقادات السلبية مثل (لم أجد من هو جدير بالثقة) أو (الناس كلهم يريدون إيذائي) أو أساليب تفكير غير فعالة مثل ثنائية التفكير (أما كل شيء أو لا شيء بالمرّة) أو (الأشياء أو الناس إما سيئون أو طيبون) إلى أخطاء وقعت خلال العلاقة بين الطفل وبين من يتولى العناية مثل عدم إظهار الحب أو الحماية الزائدة أو عدم إعطاء الطفل الفرصة للتعبير عن مشاعره (Greenspan & Benderly, 1997).

وتأثير الخبرات المبكرة على سلوك الفرد من القضايا التي يسلم بها الكثير من المشتغلين في مجال الاضطرابات النفسية وعلاجها ولكن لا يزال هناك شيء من الخلاف حول الكيفية التي يحدث من خلالها ذلك. ويميل الاستعرافيون إلى تفسير تطور المخطوطات غير المتكيفة بناء على نتائج البحوث الحديثة في علم النفس الاستعرافي. وتشير هذه البحوث إلى أن المخطوطة غير المتكيفة تتطور في السنوات الأولى من حياة الفرد، ليس بسبب صدمات نفسية جنسية أو صراع أوديب كما يرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي (عكاشة، ١٩٩٨) ولكن بسبب كون الطفل في مرحلة نمو لم تتطور فيها بعد قدرته على استخدام اللغة وعلى التفكير التصوري (Conceptual thinking) بالقدر الذي يمكنه من التعامل المناسب مع ما ينور من حوله. فالطفل في هذه المرحلة لا يرمز (Encode) ويخزن (Store) الخبرات في الذاكرة كما يفعل عندما يكبر. وقد ينتج عن ذلك تشكيل مخطوطات غير متكيفة تتحكم في استجاباته لما يتعرض

له من مثيرات في مراحل لاحقة من حياته في مواقف مشابهة لما حدث له في مرحلة الطفولة. فقد يشعر شخص ما على سبيل المثال بالعجز والذل عندما ينتقده شخص آخر لأنه قد تعرض لنقد لاذع من والديه أو من تولى تربيته في سنوات طفولته الأولى ولم يستطع آنذاك، بحكم صغر سنه، الدفاع عن نفسه. فتكونت لديه مخطوطة غير متكيفة تظهر عندما يتعرض لظروف مشابهة للظروف التي تطورت فيها هذه المخطوطة فيكرر السلوك غير المناسب الذي مارسه آنذاك وليس السلوك المتوقع من هم في سنه (Wills & Sanders, 1997)

وقد تتشكل المخطوطة دون التعرض مباشرة لحوادث غير مارة ، ومن ذلك على سبيل المثال أن تكون لدى الفرد مخطوطة تحتوي على اعتقادات مثل (أنا شخص غير كفؤ) أو ما شابه نتيجة لعمل غير مقبول ، بالنسبة للمجتمع الذي يعيش فيه المريض، قام به شخص من أفراد العائلة في الوقت الحاضر أو حتى قام به أحد أجداده وهذه الظاهرة تنتشر في المجتمعات التي تعم الصفات التي تعطي لفرد معين على أفراد عائلته لفترات طويلة (Padesky & Greenberger, 1995). وقد تتطور مخطوطات غير فعالة نتيجة لتعرض الفرد لمعلومات ناقصة أو غير صحيحة حول شيء ما: اعتقادات خاطئة حول خطورة بعض الأماكن أو المأكولات أو الناس أو الأعراض الجسمية أو النفسية.

وبصورة عامة الإنسان ميل إلى تكوين الاعتقادات فهو منذ أن وجد على هذه الأرض وهو في حالة بحث دائم عن تفسيرات لما يدور من حوله أو لما يشعر به لأن وجود هذه التفسيرات لديه يعطيه نوع من الإحساس بأن لديه القدرة على التحكم في البيئة التي يعيش فيها وبالتالي انخفاض درجة القلق لديه. ومن ذلك على سبيل المثال أن الإنسان القديم وأمام وطأة المرض والجوع وقسوة الحياة حاول إقناع نفسه بتفسيرات بدائية لما يحدث له كأن يعزو سبب المرض إلى شيء معين وبالتالي يشعر بالراحة على اعتبار أنه ما دام قد توصل إلى السبب فإن بإمكانه إبطال مفعوله بشكل أو بآخر وبالتالي تفادي

الوقوع في المشكلة . وقد يكون الإنسان اعتقادات خاطئة (سلبية في الغالب) عن أناس آخرين في محاولة منه لتحسين مفهومه لذاته (Epstein, 1994).

المنظور الحديث للمخطوطة وملاقتها بالاضطرابات النفسية :

كان الافتراض السائد لدى الكثير من الاستعرافيين ، تبعاً لنموذج بـك، أن الاكتئاب على سبيل المثال يتطور على الشكل التالي :

(١) خبرات مبكرة، (٢) تكوين المخطوطة (وما ينتج عنها من اعتقادات)، (٣) تنشيط المخطوطة من خلال خبرات مشابهة للخبرات التي ساهمت في تكوين المخطوطة، (٤) استعراف سلبي (أفكار سلبية)، و(٥) اكتئاب (Teasdale & Branard, 1993) . لاحظ أن التركيز هنا على مخطوطة واحدة تستثار وتتبع بالشعور بالاكتئاب أي علاقة خطية (Linear schematic processing). ومع أن هذا النموذج كان مفيداً في فهم وعلاج الاضطرابات النفسية إلا أنه لم يستطع مجازاة نتائج الدراسات الحديثة في هذا المجال ومن ذلك أنه، على سبيل المثال، عاجز عن تفسير :

- ١- تعدد الأعراض الاستعرافية والوجدانية (Affective) والدافعية (Motivational) والسلوكية (Behavioral) في الاضطرابات النفسية.
- ٢- التحيز المنتظم عبر الكثير من المجالات (استعرافي ، وجداني، دافعي، وسلوكي) مما يوحي بأن هناك تنظيم شامل معقد للمخطوطة في الاستجابات النفسية الشديدة.
- ٣- ظاهرة زيادة الحساسية . حدوث الاضطراب النفسي نتيجة لظروف أقل من تلك التي أثارته في المرات السابقة .
- ٤- اختفاء الأعراض (أو تخفيفها ، سواء بالعلاج الدوائي أو بالعلاج النفسي) .
- ٥- العلاقة بين معالجة المعلومات الشعورية وغير الشعورية.

ولتقادي اوجه القصور هذه طرح بك نمودجا حديثا يعتبر امتدادا وتطويرا لنموذج المخطوطة الواحدة وينسجم مع التطورات التي حدثت في علم النفس الاستعرافي وفي العلاج الاستعرافي السلوكي كما انه من الممكن اعتبار النموذج الجديد محاولة لتطوير نظرية استعرافية للشخصية.

وقد اقترح بك في النموذج الجديد إضافتين أساسيتين لنموذج المخطوطة

الواحدة:

١ / الوضعيات (Modes)

وهي شبكة من العناصر (Components) الاستعرافية والوجدانية والدافعية (Motivational) والسلوكية . والوضعيات عبارة عن تنظيمات فرعية للشخصية مخصصة للتعامل مع ما يتعرض له الفرد من مطالب ومشكلات.

وأهم هذه الوضعيات بالنسبة للأمراض النفسية هي الوضعيات الأولية (Primary modes) التي تشتمل على الوضعيات المرتبطة بسلوكيات الإنسان التي تهدف إلى الحفاظ على حياته (Survival) والتي تظهر بشكل متطرف في الأمراض النفسية . وهناك العديد الوضعيات الأولية (الصراع من أجل الحياة) (وضعية الخوف ، وضعية القلق ، وضعية الرغبة في الهرب) ، وهناك وضعيات كثيرة أخرى مثل (وضعية المذاكرة أو حتى وضعية مشاهدة التلفزيون) .

ب / الشحنات النفسية (Cathexes Charges)

وهو المفهوم الذي يمكن من خلاله تفسير التذبذب في شدة (حدة) البلمات الاستعرافية. ويستفاد من هذا المفهوم في فهم ظاهرة زيادة الحساسية (Sensitization) والتغيرات التي تحدث في الأعراض . من الممكن، على سبيل المثال، استخدام هذا المفهوم لفهم أسباب تحول الأعراض

الاستعرافية والوجدانية والدافعية والسلوكية من وضع (في القلق أو الاكتئاب على سبيل المثال) ساكن (خفيف) (quiescent) عند بداية ظهور هذه الاضطرابات إلى نشط (شديد) جداً فيما بعد. تعتمد درجة شدة الأعراض على مستوى الشحن النفسي الذي يتأثر بالتعرض لخبرات ذات علاقة بالمخطوطة. زيادة الشحن النفسي تؤدي إلى الزيادة في مستوى الأعراض والعكس صحيح .

أنواع المخطوطات المكونة للوضعية:

تتكون الوضعية، كما نكر، من مخطوطات لكل منها وظيفة محددة ولكنها تعمل معاً لتحقيق هدف معين. على سبيل المثال تتكون وضعية المواجهة أو الهرب (الكر والفر) (Fight-flight) من (المخطوطة الاستعرافية) إدراك وجود خطر، (المخطوطة الوجدانية) الشعور بالقلق أو الغضب الذي يدفع الفرد للقيام بشيء ما (المخطوطة الدافعية) ثم الحدث نفسه (المخطوطة السلوكية). وهناك أيضاً ما يسمى المخطوطة الموجهة (Orienting schema) وهي التي تنبئ الفرد إلى وجود الخطر ويتبع ذلك تنشيط المخطوطات الأخرى في الوضعية ذات العلاقة. (المخطوطة الموجهة لوضعية معينة تنشط بقية المخطوطات في هذه الوضعية). وبالإضافة إلى ذلك هناك العنصر (النظام) الفسيولوجي؛ الاستعداد الفسيولوجي للمواجهة أو للهرب .

وظائف المخطوطات التي تتكون منها الوضعية :

تعني المخطوطة الاستعرافية بالوظائف المتعلقة بمعالجة المعلومات وإعطاء المعاني: اختيار المعلومات ، الانتباه ، التفسير (إعطاء معنى لما حدث) ، التذكر واستدعاء المعلومات . تشمل هذه المخطوطة على فكرة الفرد عن نفسه وفكرته عن الآخرين، أهدافه وتوقعاته، ذكرياته ، والأشياء التي تعلمها وخيالاته. كما تشمل مهام المخطوطة الاستعرافية على استخلاص معاني معقدة وتكوين مفاهيم مجردة مثل قيمة الذات ، المرغوبة الاجتماعية والعزو السببي (Causal attributions). وللذاكرة مكان مهم في المخطوطة الاستعرافية:

تنظم الخبرات في الذاكرة حول موضوعات (Themes) وعندما تنشط وضعية معينة تنشط أيضا الذواكر Memories المتطابقة مع موضوع الوضعية النشطة .

المخطوطة الوجدانية :

وهي التي تنتج الوجدانات مثل : الحزن والفرح والقلق والغضب عندما تنشط. وظيفة الوجدانات الإيجابية هي تدعيم النشاطات الموجبة لتحقيق أهداف معينة من خلال مكافأة الفرد مقابل تحقيق الأهداف .

المخطوطة الدافعية والسلوكية :

وتشتمل على الآليات اللازمة للتحرك التلقائي (أو الكف) للفرد للقيام بعمل شيء ما (أو عدم القيام بأي شيء)، ومع أن نشاط هذه المخطوطة يحدث بصورة تلقائية فإن باستطاعة الفرد التحكم فيه (سوف تتم مناقشة ذلك تحت موضوع التفكير حول التفكير (Metacognition) .

النظام الفسيولوجي :

وهو النشاط الفسيولوجي الذي يحدث عندما تنشط الوضعيات المرتبطة بالشعور بالتهديد كما يحدث في حالات القلق والغضب ، وأهميته لا تأتي فقط من أنه يهيئ الفرد للهرب وإنما أيضا من التفسيرات التي يفسر بها الفرد مخرجات هذا النظام مثل (سوف أصاب بالإغماء كما يحدث لدى مرضى القلق). الاستجابة الفسيولوجية عندما يكون الفرد مستعد للتحرك تزيد من قوة الشحنة النفسية.

وفيما يلي أهم النقاط الأخرى التي وردت في النموذج الجديد:

١- يحدث جزء كبير من معالجة المعلومات في الحالات الطارئة خارج نطاق الوعي مع وجود مخرجات استعرافية على شكل خيالات حول الخطر المتوقع للفرد. وبعد ذلك يحدث كل ما يتبع ضمن نطاق الشعور. بصورة عامة تحدث العمليات غير الشعورية بصورة تلقائية سريعة (انعكاس Reflex) كاستجابة

للتهديد بينما تحدث العمليات الشعورية بشكل بطيء (بصورة أبطأ).

٢- تظل المخطوطة الموجهة، عندما يكون الفرد يعاني من الاضطراب (اكتئاب ، مثلاً)، عاملة (نشطة) وفي هذه الحالة يكفي دليل ولو ضعيف على وجود خبرة تتسجم مع محتوى الوضعية لكي تصنف الخبرة كحالة مطابقة لمحتوى الوضعية: في حالة الاكتئاب على سبيل المثال تفسر الحوادث الغامضة أو ذات العلاقة الضعيفة بالوضعية بشكل سلبي. المخطوطة السلبية تعزل المخطوطات العادية وتفرض تفسيرها على المواقف: فقد يفسر المكتئب ابتسامة شخص آخر بأنها احتقار أو شفقة عليه ، والانفصال المؤقت كتدليل على الهجران .

٣- النموذج الجديد ينطبق على ردود الفعل النفسية العادية والمرضية وهكذا فإن الوضعيات هي المسؤولة عن سلوكيات الإنسان المختلفة ابتداءً من ردود الفعل البسيطة المؤقتة في الحالات الطارئة حتى الظواهر الأكثر استمراراً مثل الاكتئاب والتفرقة (Prejudice).

٤- الوضعيات عبارة عن وحدات بنائية في الشخصية (Units of personality) جاهزة (مستعدة) للعمل لجعل الفرد يتكيف مع ظروف الحياة غير المستقرة .

٥- الوضعيات الأولية ليست غير متكيفة دائماً ، استنفار الوضعية في مواجهة خطر حقيقي سلوك ملائم بالطبع . الاضطرابات النفسية انحراف (aberration) أو مبالغة في عملية تكيف عادية، أي أنها امتداد للوضعيات الأولية وهناك ما يقابل الاضطرابات النفسية في الوضعيات الأولية؛ يقابل الوضعيات الأولية التوجس ، الغضب ، والحزن اضطرابات نفسية معينة من المخاوف، العدائية (العنوانية) والاكتئاب. وظيفة الوضعية الاكتئابية هي

الحفاظ على الموارد (conservation of resources) ووظيفة وضعية التلق هي الحفاظ على الذات ، وهكذا لبقية الاضطرابات.

٦- محتوى الوضعية يبين ما إذا كان الفرد يعاني من رد فعل عادي أو من اضطراب نفسي: الحالة التي تدوم لفترة طويلة، مع وجود محتوى متطرف (شديد) لا يتناسب مع الظروف التي أثارت الحالة، و تستمر حتى بعد تغير هذه الظروف تشير إلى وجود اضطراب معين.

٧- قد تستثار الوضعية لأسباب خارجية أو لأسباب داخلية (بيولوجية مثل الجوع والاستثارة الجنسية) أو حالات غير طبيعية مثل الاضطرابية الوجدانية الثنائية Bipolar أو لعوامل داخلية (أفكار أو أحاسيس).

٨- مفهوم الشحنة النفسية يفسر ظاهرة التنشيط وإبطال التنشيط خفض أو رفع العتبة (Thresholds) وإزالة الحساسية ، يفسر هذا المفهوم كيف تصبح وضعية معينة أكثر نشاطاً مع تعاقب مواقف (مثيرات) معينة حتى تسيطر على أداء الفرد ، هذا التعاضل (الزيادة) Buildup يحدث في الظروف العابرة: رد فعل العدائي (hostile) بعد التعرض لمضايقة متكررة (Insults) أو في ردود الفعل المرضية مثل الاكتئاب. مفهوم سحب الشحنة (de-energizing) وتعديل الوضعية غير المتكيفة وإعادة البناء الاستعرافي أو تدعيم وضعيات أخرى متكيفة تفسر كيف يتم تخفيف الأعراض التي يشكو منها المريض.

٩- من الناحية العملية من الأفضل أن يتوفر للكائن الحي نظام مستعد للعمل بشكل متكامل (مكون من أنظمة استعرافية ووجدانية ودافعية وسلوكية) بدلاً من الاعتماد على السيورة الخطية (Linear process) لمخطوطات فردية واعتقادات تثير الوجدان والدوافع المتطابقة معها (في النموذج القديم مثير ← مخطوطة ← دوافع وجدان ! نهاية غير متوقعة للصيغة وسلوك - شيء يثير

شيء آخر) في النموذج الجديد تستثار كل هذه العوامل في نفس الوقت كوحدة متكاملة .

مثال توضيحي للتفريق بين المفهوم القديم للمخطوطة ومفهوم الوضعية (الجديد) البديل للمخطوطة المفردة:

وصل أحد الطلاب متأخرا إلى الفصل : وفي هذه الحالة قد تشتمل ردود فعل بقية الطلاب المبنية على المخطوطة الموجودة لدى كل طالب على: انزعاج حول وضع الطالب المتأخر ، عدم الرضا عن تحول الانتباه عن ما يقوله المدرس أو أفكار حول ما قدم من معلومات هامة في غياب الطالب ، تفسير الطلاب لماذا حدث وما صاحب ذلك من وجدانيات لا تدوم طويلا . لم يتبها الطلاب للقيام بسلوك معين وباستطاعتهم تحويل انتباههم مرة أخرى لما يقوله المدرس ، من الممكن فهم هذه الاستجابات المقتضية باستخدام النموذج البسيط (القديم) للمخطوطة.

ولكن عندما نحلل ما حدث على ضوء خبرة الطالب المتأخر فلا بد من استخدام نموذج أكثر تعقيدا لفهم الموضوع : كان الطالب مصمما على الوصول إلى الفصل في الوقت المحدد لأن ما سوف يقدمه المدرس من معلومات مطلوب في الامتحان ، ولكنه تعرض لرحام غير متوقع نتيجة لحادث في الطريق الذي استخدمه وأحس أنه قد لا يتمكن من الحضور نهائيا . هذه هي الظروف المنشطة التي أثارت الوضعية الخائفة . المخطوطة الموجهة المرتبطة بالقابلية للتعرض للأذى والخطر جزء مهم في النظام الاستعرافي؛ عندما يدرك الفرد الموقف كشيء يهدد أمنه الجسدي أو النفسي تقوم المخطوطة الموجهة بتنشيط الوضعية الأولية . بدأ الطالب يتصور عواقب وخيمة لتأخره : سوف يرسب في الامتحان ، يطرد من المدرسة ، يسخر منه بقية الطلاب وينتهي به الأمر إلى الضياع: تذكره لما حدث للطلاب الذين فشلوا يزيد من مخاوفه .

عندما تنشط الوضعية الأولية تظل المخطوطة الاستعرافية والوجدانية والدافعية والسلوكية والنظام الفسيولوجي نشطة لفترة طويلة بعد اختفاء الظروف التي أثارته ، وهكذا يظل الطالب المتأخر قلقا لفترة طويلة حتى بعد أن وصل الفصل وحصل على ما فاتته من معلومات . وهذا هو ما يحدث في الوضعيات غير المتكيفة مثل الاكتئاب حيث تبقى الوضعية نشطة لفترة طويلة بعد زوال الحادثة المرسبة (القتل أو الخسارة مثلا). يبقى المريض حزينا ومنسحبا وتستمر الوضعية في صياغة تفسيرات المريض لخبراته تبعا لمحتوياتها السلبية (Beck, 1996) .

كان القصد من استبدال المخطوطة بالوضعية (النموذج القديم بالجديد) هو تطوير مفهوم المخطوطة لكي يكون من الممكن تحقيق ما يلي :

- ١- استيعاب العمليات النفسية المعقدة التي تحدث في الاضطرابات النفسية.
- ٢- صياغة نموذج ينسجم مع التطورات السريعة التي تحدث في علم النفس الاستعرافي وفي العلوم المرتبطة به بشكل أو بآخر . ويلقي ما طرحه بك هنا الكثير من التأييد على المستوى النظوي (Teasdale, 1997) وعلى المستوى الإكلينيكي كما تشير إلى ذلك الخبرات الإكلينيكية لممارسي العلاج الاستعرافي السلوكي وكذلك الدعم التجريبي الذي أظهرته الدراسات التجريبية في هذا المجال.

ففيما يتعلق بأن الاضطرابات النفسية عبارة عن محاولة من الفرد تهدف إلى تحقيق التلاوم مع البيئة التي يعيش ، هناك من يرى على سبيل المثال أن الاكتئاب عبارة عن سلوك تكيفي يهدف إلى الاحتفاظ بطاقة الفرد عندما يواجه ظروف لا يستطيع تحملها (Maier & Watkins, 1998) ، الأمر الذي ينسجم مع وجهة نظر بك التي يرى فيها أن الوضعيات الأولية العادية وكذلك الوضعيات غير المتكيفة ردود فعل ترمي، بشكل أو بآخر، إلى تكيف الفرد مع بيئته .

وهناك ما يشير إلى أن الناس يقومون بعملية اختزان للخبرات التي

يتعرضون لها وإظهارها مرة أخرى تحت ظروف معينة وهو ما ينسجم مع ما طرحه بك حول ما يحدث عند استثارة الوضعيات حيث تظهر الاستجابات الاستعرافية الوجدانية والدافعية والسلوكية والفسولوجية الخاصة بوضعية معينة، عندما تستثار هذه الوضعية، بشكل متزامن وسريع. فقد اقترح لائق (Lang, 1977, 1979) أن للخبرة المخيفة تمثيل داخلي لدى الفرد يشتمل على:

١- معلومات مفصلة عن مكان وخصائص الشيء المخيف (عناصر المثير) .

٢- تفاصيل للاستجابة اللفظية والفسولوجية والسلوكية التي حدثت في الموقف المخيف (عناصر الاستجابة) .

٣- تفسير الفرد للمثير والاستجابة وأهميتها (إيجابية أو سلبية) بالنسبة للفرد (عناصر المعنى) (In, Brewing 1989). ومن المتعارف عليه أن الفرد يظهر هذه الاستجابات كوحدة متكاملة تقريباً عندما يتعرض لظروف مشابهة للمثير الأصلي الذي سجلت حوله هذه المعلومات في الذاكرة. وما يحدث أنه يستجيب للموقف الجديد بنفس استجابته للموقف الأصلي.

وقد وجد في دراسات حديثة أنه من الممكن استثارة الألم الشديد باستخدام التنبية الكهربائي للمهاد (التلاموس) (thalamus) لدى المرضى الذين سبق لهم وأن عانوا من حالات ألم مزمن شديد ولم يعودوا يعانون منه بعد ذلك . ومن ذلك ظهور ألم شديد لدى سيدة في التاسعة والستين من العمر خلال تلقبها تنبيه كهربائي كجزء من علاج اضطراب في الحركة لديها. فقد اشتكت المريضة، أثناء عملية التنبية، من ألم شديد في الصدر مطابق لما يحدث في الذبحة الصدرية (angina) التي سبق وأن تعرضت لها في الماضي . كان وصفها لما تعانيه وخوفها من أنها مصابة بنوبة قلبية من الوضوح إلى درجة أن أخصائي التخدير أعطاها النيتروجليسرين (Nitroglycerin) في الحال. وقد تيسر للجهاز الطبي عدم وجود أسباب لهذا الألم . وفي مثال آخر اشتكت امرأة

خلال تلقيها لتنبية كهربائي من ألم شديد في المنطقة الشظوية (peroneal region) وتصورت أنها تلد . لم تكن المرأة حاملا في حينه ولكنها أما لأربعة أطفال . ما حدث هو أن الألم الذي عانت منه أثناء ولادتها لأطفالها في السابق سجلت في الذاكرة وظهرت من جديد عند تعرضها للتنبية الكهربائي في المناطق المرتبطة بـ/ أو التي سجلت فيها الذواكر (Basbaum, 1996) .

ثالثا ، محتويات وأما لية التحفيز في المخطوطة الاستعرالية نهر المتكيفة

من الممكن النظر إلى محتوى المخطوطة على أنه بناء هرمي يتمثل في وجود اعتقادات عميقة أساسية تنتج أفكارا أقل عمقا منها (Beck, 1996) . والمخطوطة الاستعرافية السلبية (مصدر الأفكار) عبارة عن إحساس عميق بالدونية أو عدم الكفاءة أو العجز .

وينتج عن المخطوطة ما يسمى بالاعتقادات الأساسية (Core belief) حول النفس (أنا عديم الفائدة) ، (أنا شخص قاصر) وحول الناس (الناس خطرين) ، (سوف يلحق الآخرون بالأولين) ، وحول العالم (العالم مليء بمشاكل لا نطاق)

يلي ذلك الافتراضات غير المتكيفة وهي افتراضات قد لا تكون واضحة جدا ولكن في الغالب تستنتج من تصرفات الفرد ، وتأتي هذه الافتراضات على النحو التالي :

(إذا (لو)..... فسوف) . على سبيل المثال (لو عرفني الناس على حقيقي فسوف يدركون مدى سخفي أو ضعفي) (Wills and Sanders, 1995; Greenberger and Padesky, 1997) . وهناك افتراضات مختلفة تناسب نوع الاضطراب النفسي المرتبط بها : -إذا اختلفت مع الناس فسوف أقابل بالرفض (قلق اجتماعي) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص غير محبوب) .

- إذا أحسست بأشياء يصعب فهمها فهذا يعني أنني سوف أصاب بمشكلة داخلية خطيرة (فرع) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص ضعيف جسمياً ومعرض للأمراض) .

- إذا حاولت عمل أي شيء فمن المؤكد أنني سوف أفشل في ذلك (اكتئاب) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا شخص عديم الفائدة) .

- إذا تعرضت (للشيء الذي يتصور المريض أنه يمثل مصدر خطر بالنسبة له) أو تعرض له شخص ذو علاقة بي فسوف تحدث أشياء مأسوية (وسواس قهري) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا قابل للتعرض للإصابة بالمرض (أو التسمم) .

- إذا لم أقم بعمل شيء ما لمنع الضرر الذي سأعرض له من هذه الأشياء المؤذية فإن اللوم يقع على (مستول عما يحدث) (وسواس قهري) ومصدره الاعتقاد الأساسي (أنا مسئول عما يحدث إذا لم أمنع حدوث المأساة) .

وغالباً ما يكون لدى الأفراد قواعد تعويضية تهدف إلى إحداث التوازن في النظام الاستعرافي لديهم:

-إذا تجنبنا الاحتكاك بالآخرين فلن أتعرض للرفض (قلق اجتماعي) .

-إذا ذهبت للمستشفى ، العيادة أو الطبيب .. فساكون بخير (فرع) .

-إذا استطعت أن أنجح في إنجاز ما أنا بصدد القيام به بشكل مستمر فلن

أكون شخصاً لا قيمة له (اكتئاب) .

-إذا قمت بما يلزم منعت حدوث المأساة (وسواس قهري) .

ويمتدح عن القواعد التعويضية نصائح وتحذيرات مائة مثل :

-أعمل بأقصى جهد ممكن .

-أحذر المجازفة .

-أبق في الأماكن الآمنة .

-لا بد أن أفعل كل ما أستطيع للحيلولة دون وقوع هذه المأساة (Beck, 1996) .

وهناك الأفكار التلقائية السلبية (Negative automatic thoughts) التي تمكس محتوى المخطوطة . وهي الأفكار التي تنقز إلى الذهن بصورة مفاجئة وتأتي على الأشكال التالية :

أ / كلمات (ما يقوله الفرد لنفسه) مثل: سوف أفصل من عملي أو سوف أرسب في الامتحان .

ب/ صور عقلية : كأن يتصور الفرد نفسه في وضع آخر ، يرى نفسه بدون عمل أو دراسة يتمكع في الشوارع أو يرى نفسه وهو مصاب بما يخاف من أن يصاب به .

جـ/ ذكريات : يتذكر أن مدرسه قد ضربه بالمسطرة على يده عندما كان في الصف الرابع الابتدائي مثلاً, (Greenberger & Padesky, 1995) .

وكما ذكر في مكان آخر هذه المخطوطة غير المتكيفة والمتحيزة تعالج المعلومات بشكل انتقائي ينسجم مع محتواها ومع أساليب التفكير غير الفعالة التي تحكمها (أنظر فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة في الباب الثاني) لمزيد من التفصيل حول هذه الأساليب غير الفعالة في التفكير .

رابعاً : ما الذي يرمي العلاج الاستعرافي السلوكي إلى إحداثه في تفكير المريض

تلقى طبيب نفسي مكاملة من أحد رجال الشرطة تفيد بأن أحد مرضاه (وحيد) يقف على حافة منحدر مرتفع جدا (جرف) مهددا بالقفز من فوقه . فهرع الطبيب النفسي إلى المكان:

ذكر الطبيب وحيد بما قد يحدث لأمه إذا ما تقدم على الانتحار وكيف أنها مستمتعة الأمرين من جراء ذلك . فرد وحيد مشيراً إلى أنه يعرف ذلك . ثم طلب منه الطبيب أن يفكر بما قد يحدثه سلوكه في أطفاله واحتمال إصابتهم بالرعب طويلة حياتهم . لكن وحيد يعرف ذلك أيضاً . ماذا عن الشركة التي تستعد للاعلان عن اختراع لم يسبقها إليه أحد ؟ وماذا عن علاقته بزوجته - ألا يبدو أن الأمور في تحسن وأن هناك فرصة كبيرة في عودة الأمور إلى نصابها بينهما ؟ لكن كل ما قاله الطبيب النفسي كان عديم الأثر بالنسبة لوحيد . ففادر الطبيب المكان يائساً .

لكن وحيد لم يقفز من على حافة الجرف . فبينما كان الطبيب يغادر المكان حضر رجل شرطة آخر وأوقف سيارته دون علم بما يجري ، وأخذ مكبر الصوت وتكلم بصوت عالٍ موجهاً كلامه للمتواجدين في الموقع :

من هذا الذي أوقف السيارة (الـ.....) بشكل خاطئ في منتصف الطريق ، كنت أن أرتطم بها . على صاحبها تحريكها الآن . سمع وحيد ما قيل ونزل من أعلى الجرف متوجهاً إلى سيارته وأوقفها في المكان الصحيح وركب في سيارة الشرطة دون أن ينطق بكلمة واحدة ، وانطلقت السيارة إلى المستشفى (Ornstein in: Teasdale, 1997) .

ومن وجهة نظر Ornstein فإن ما حدث هو أن عقلاً (مخطوطة) آخر استطاع أن يزيج العقل ذو الميول الانتحارية وبطريقة تلقائية وحل محله . أولويات هذا العقل الجديد تختلف عن أولويات العقل الانتحاري والسلوك فيه يختلف بطبيعة الحال عن السلوك في العقل الآخر . قضية الانتحار في العقل السابق لا تزال قائمة بدون حل . في هذا العقل فكر وحيد في كل الاحتمالات والملابس التي استطاع استدعائها ولم تنه عن فكرة الانتحار .

ويستشف من ذلك (١) أن لدى الفرد، كما أشير إلى ذلك من قبل، عدداً من الوضعيات و(٢) أنه من الممكن أن تستبدل وضعية بأخرى وفقاً للمثيرات التي يتعرض لها الفرد . ولعل ما يحدث في حالة عودة الأعراض لبعض المرضى النفسيين بعد تخلصهم منها (الانتكاس) دليلاً على أنه من الممكن تكوين وضعية إيجابية إلى جانب وضعية سلبية تسيطر أحدهما على سلوك الفرد في وقت معين وتسيطر الأخرى على سلوكه في وقت آخر . وتعتمد

سيطرة الوضعية الإيجابية على الوضعية السلبية على مدى قدرة الوضعية الإيجابية على توفير معلومات كافية لإبطال مفعول المعلومات التي تحتويها الوضعية السلبية حول المثير الذي يسبب المشكلة (Brewin, 1989).

ويهدف العلاج الاستعرافي السلوكي إلى تقوية أو تشكيل وضعية بديلة تثار بنفس المثيرات التي تثير الوضعية غير الفعالة وتمنع ظهور الاستجابات السلبية التي كان المريض يظهرها عندما كانت الوضعية غير الفعالة هي التي توجه سلوكه وإلى جعل هذه الوضعية الجديدة قادرة على الاستمرار في منع ظهور الوضعية غير الفعالة في المستقبل. ويمكن تحقيق ذلك من خلال (أ) استبدال الأفكار القديمة بأفكار جديدة تساعد المريض على إعطاء معاني مختلفة عن تلك التي كان يتوصل إليها في السابق لما يتعرض له من مثيرات ، على سبيل المثال النظر إلى النجاح كخبرة من الخبرات التي يتعرض لها الإنسان خلال حياته وليس المقياس الوحيد الذي تقدر على ضوئه قيمة الفرد و(ب) تدريب المريض على استخدام المهارات التي تعلمها في العلاج في التعامل مع الأفكار غير الفعالة عندما تظهر في المستقبل (Beck, 1996).

ثامناً : مستوى الاستعراف المصطنع في العلاج الاستعرافي السلوكي

يركز المعالج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض .

وهكذا نجد أن المعالج يركز كثيراً على مساعدة المريض على تحديد وتحصن الأفكار التلقائية وعلى تشجيعه على ممارسة استجابات سلوكية بديلة لسلوكياته الحالية (قلة النشاط لدى المكتئب مثلاً) . وقد قدر بلاكبيرن ودينفيسون (Davidson, 1995 & Blackburn) أن حوالي ثلاثة أرباع

التدخلات الاستعرافية — السلوكية التقليدية تركز على الأعراض (الأفكار الثقافية والسلبية/الخمول في حالات الاكتئاب) ، ويركز الربع الباقي من هذه التدخلات على التعامل مع الأفكار الأساسية (أحيانا يسمى ذلك التعامل مع المخطوطة و هي مصدر كل الأفكار والاعتقادات في التراث الاستعرافي) وعلى الوقاية من الانتكاس . ويحدث ذلك بشكل مقصود على اعتبار، كما يرى بك ، أن شدة الاكتئاب تجعل المريض في وضع لا يسمح له في العمل العلاجي المتعمق (المخطوطة) . لذا من الأنسب تأجيل ذلك حتى تبدأ الأعراض بالاضمحلال .

ولكن من الممكن طبعا اعتبار التعامل من الأعراض مباشرة تعامل غير مباشر مع الأفكار الأساسية (المخطوطة) فتخصص المريض لفكرة (إن أستطيع عمل ذلك) وتشجيعه على القيام بشيء ما تضعف قوة اعتقاده (أنا شخص عاجز) . وتشير الملاحظات الإكلينيكية إلى أنه مع تقدم العلاج يبدأ معظم المرضى بالكشف عن بعض الحقائق حول خبراتهم السابقة كلما سُنحت الفرصة . ويستطيع المعالج حينئذ طرح الأسئلة حول هذه الخبرات للتوصل إلى الأفكار الأساسية لدى المريض (ما هي في تصورك الاعتقادات أو القواعد التي تمخضت عن هذه الخبرات ؟) وفي الغالب يستطيع المرضى الكشف عن اعتقادات أساسية كانت خارجة عن نطاق وعيهم من قبل . وفي كثير من الأحيان يكون الكشف عن هذه الاعتقادات بالإضافة إلى التعامل مع الأعراض كافي لتحسن المريض .

في بعض الحالات، على كل حال ، قد لا يكون العلاج الاستعرافي السلوكي قصير المدى الذي يركز على الأعراض كافي لعلاج مشكلة المريض وعند حدوث ذلك يبدأ المعالج بالتركيز على المخطوطة (يتطلب ذلك زيادة عدد الجلسات) . وهناك عدد من المؤشرات التي من الممكن استخدامها كمؤشر على حاجة المريض للعلاج المتمركز حول المخطوطة منها :

١- وجود صدمة نفسية (trauma) ناتجة عن خبرات سابقة .

٢- عدم حدوث تحسن في حالة المريض .

٣- إذا طلب المريض علاج طويل المدى يركز على الخبرات السابقة (Wills and Sanders, 1997) . أنظر ما ذكر حول الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة وحول اضطرابات الشخصية وعلاجها في هذا الكتاب للمزيد من التفصيل حول العلاج المتمركز حول المخطوطة .

ماحدا ، الأثر العكسي لمحاولة طرح الأفكار

يجد الكثير من الناس صعوبة في إيقاف التفكير في شيء ما وبالذات عندما يحاولون جاهدين التخلص من فكرة لا يروق لهم محتواها أما لأنها تثير لديهم انفعالات معينة أو لأنها تشجعهم على الإقدام على سلوك ينوون التخلص منه. فقد يشعر الفرد بالعجز والحيرة عندما يحاول مثلاً عدم التفكير في فقدان شيء عزيز عليه أو في أنواع معينة من الطعام بعد أن يقرر اتباع حمية معينة.

ويعرف العاملون في العلاج النفسي مقدار الألم الذي يعاني منه المصابون بالوسواس القهري من جراء قسوة وإلحاح الأفكار التي تقتحم أذهانهم وتبقى فيها مما يسبب لهم الأسى والحسرة والشعور بصعوبة التحكم في العقل وينفعهم في كثير من الأحيان إلى طلب المساعدة في التخلص من هذه الأفكار.

وقد طرحت بعض الطرق للتعامل مع هذه الأفكار التي تقتحم العقل وتستقر فيه ومن ذلك طريقة " إيقاف الأفكار " والتي يطلب فيها من المريض، بعد أن يتم توضيح الطريقة من قبل المعالج ، أن يقول لنفسه (قف) عندما تلج ذهنه أفكار غير مرغوبة. وقد أدت هذه الطريقة إلى نتائج إيجابية في البداية ولكن سرعان ما اكتشف أنها تتناقض مع الظاهرة الاستعرافية التالية (محاولة

التخلص من الفكرة تؤدي إلى زيادة تكرار ورودها) (رضوان، ١٩٩٥).

ويرى ويقتصر Wegner ، في محاولته لتفسير هذه الظاهرة (محاولة التخلص من فكرة أو حالة نفسية معينة تؤدي إلى نتائج عكسية كما تبين من نتائج الدراسات المتعددة التي قام بها في هذا الخصوص)، أن نظام التحكم في العقل يعتمد على عمليتين : عملية تنفيذية operating process (سوف نسمي هذه العملية المنفذ) التي تعمل على إحداث التغيير المطلوب من خلال البحث في محتويات العقل عن ما يتطابق (consistent) مع الحالة المرغوبة فيها وعملية مراقبة monitoring process (وسوف نسمي هذه العملية المراقب) الذي تبحث في محتويات العقل عن ما لا ينسجم مع الحالة المرغوبة . فإذا كان الفرد، على سبيل المثال، يحاول أن يكون سعيدا فإن المنفذ يبحث في محتويات العقل عن ما يرتبط بالسعادة بينما يبحث المراقب عن أي مؤشر في العقل يتناقض مع تحقق ما يبحث عنه المراقب. ويتميز المنفذ بأنه يتطلب جهدا عقليا وبأنه يوجه شعوريا أما المراقب فيتطلب، في الغالب، جهدا عقليا أقل ويحدث بصورة تلقائية.

ويعتمد نجاح الفرد في محاولة التخلص من فكرة أو وضع معين لا يريد أو حدوث نقيضه ، بصورة أساسية، على السعة العقلية (Mental capacity) المتوفرة له أثناء المحاولة. فإذا حتمت هذه السعة لسبب أو لآخر (وجود عبء استعرافي) (Cognitive load) ، ضغط نفسي أو ضيق في الوقت (Time pressure) فمن المحتمل أن يكون الفرد ليس فقط عاجزا عن إحداث التغيير المطلوب بل أن النتائج قد تكون عكسية (يحدث عكس ما كان يرغب فيه): حزن بدلا من الشعور بالسعادة، قلق بدلا من الاسترخاء، وكراهة بدلا من الحب . لان المنفذ يتأثر أكثر بالسعة العقلية بحكم أنه يتطلب جهدا ذهنيا أكثر.

وبالإضافة إلى دور السعة العقلية في نجاح أو فشل الفرد في التحكم في عقله فلننته في إحداث التغيير دور في ذلك أيضا. يزداد احتمال الفشل وحدث العكس إذا كان الفرد يحاول التخلص من أفكار أو وضع نفسي عام أكثر مما قد

يحدث إذا كان ينوي إيجاد وضع نفسي معين . أي أنه من المحتمل أن يشعر الفرد بشيء من الاسترخاء إذا كان يحاول أن يكون مسترخيا أكثر مما يحدث له إذا كان يحاول أن لا يكون قلقا . ويعزي ذلك إلى أن محاولة إيجاد الاسترخاء تتطلب أن يقوم المنفذ بالبحث عن أشياء مرتبطة بالاسترخاء بينما يقوم المراقب بالبحث عن ما هو مرتبط بالقلق وكذلك عما هو محايد . أما في حالة كون الفرد يحاول كبح حالة نفسية معينة فإن المنفذ يقوم بالبحث عن ما يتناقض مع الحالة المرغوبة وكذلك عن الأوساط المحايدة بينما يقوم المراقب بالبحث عما هو مرتبط بالحالة التي يحاول الفرد كبحها . أي أن مهمة المنفذ عندما يحاول الفرد إيجاد وضع نفسي معين أسهل من مهمته عندما يحاول الفرد كبح وضع معين .

وهذه الظاهرة لا تحدث باستمرار للناس فهناك من يستطيع التخلص من أفكار معينة وتغيير أوضاعه النفسية وبالذات عندما لا يكونون تحت ضغوط عقلية أخرى أو لأنهم تعودوا على (وتعلموا) إحداث هذه التغييرات بصورة تلقائية نظرا لتكرار قيامهم بذلك (Wegner, 1994) .

وفي دراسات عديدة قام بها سالكوفسكيس Salkovskis ١٩٩٦ (انظر ما ذكر في الباب الثاني من هذا الكتاب حول الوسواس القهري وعلاجها) على مرضى الوسواس القهري تبين أن محاولة كبح الأفكار التي تقتحم ذهن مريض الوسواس القهري تزيد من تكرار هذه الأفكار لديهم الأمر الذي جعله يستخدم طرق أخرى للتعامل مع هذه الظاهرة بصورة تساعد على التخلص المريض من أفكاره الوسواسية . سوف يتم التعرض لذلك في مواضع لاحقة من هذا الكتاب .

سابعاً ، ما وراء التفكير (التفكير حول التفكير)

Metacognition

في القرن الثامن عشر الميلادي استخدم الفيلسوف آدم سميث Adam Smith مصطلح المراقب المحايد (Impartial Spectator)، وشبهه بشخص

آخر داخل كل منا لديه القدرة على الوعي بمشاعرنا وأوضاعنا المختلفة . ومع شيء من التدريب نستطيع استخدام هذا المراقب المحايد لمراقبة سلوكياتنا عن بعد: نفترض أننا نحن ذلك المراقب الذي يرصد ما نقوم به ومن ثم تتكون لدينا القدرة على التحكم في السلوكيات غير المنكيفة بما في ذلك الاضطرابات النفسية (Schwartz, 1996) . ما طرحه سميث آنذاك هو ما يقصد به الآن في التراث الاستعرافي السلوكي: مستوى أعلى من المعالجة الاستعرافية لديها القدرة على التفكير حول التفكير ومراقبة الأفكار وتغيير العمليات الاستعرافية (Nelson & Narens, In: Wells and Matthews, 1994) . ومن الأمثلة التي من الممكن ملاحظتها بسهولة ، على وجود التفكير حول التفكير أن الشخص قد يتساعل، بعد أن قام بإقفال باب منزله، عما إذا كان قد قام بذلك فعلا فإذا ما سلوره الشك حول ذلك فقد يرجع للتأكد من أن الباب مقفول أم لا . وعندما يتعلم الطالب شيئا جديدا فمن المؤلف أن يقوم بعملية فحص للمعلومات المكتسبة لكي يتأكد من درجة استيعابه لها . وعندما يحاول شخص ما استرجاع معلومة من الذاكرة فإن بإمكانه التأكد من كونها موجودة في الذاكرة أم لا وعما إذا كانت تستحق البحث عنها ، وعندما ينجح في استرجاع المعلومات التي يبحث عنها فيمكنه معرفة ما إذا كانت هي المعلومات الصحيحة أم لا (Koriat, 1998) .

ويميل الكثير من الباحثين إلى الاعتقاد بأن التفكير حول التفكير (أو ما وراء التفكير كما يسميه بعض الباحثين) غير منفصل عن التفكير نفسه وأن ما يحدث في حالة التفكير حول التفكير هو عملية استعراف تطبق على مخرجاتها : معالجة محتويات الذاكرة العاملة (Lories, Dardenne & Yzerbyt, 1998) .

ويزخر التراث النفسي والتربوي في الوقت الحاضر بالكثير من الدراسات حول استخدام ما وراء التفكير لتسهيل عملية التعلم من خلال تدريب الطلاب على كيفية الوعي بالعمليات الاستعرافية ومحاولة ضبط الذات (Self-regulation) من خلال تزويد الطالب بأسئلة ترفع من مستوى وعيه

بالعمليات الاستعرافية التي يقوم بها لحل مشكلة ما ومحاولة الإجابة عن هذه الأسئلة . ومن الأمثلة على هذه الأسئلة: ما هي المشكلة ؟ ما الخطوة لحل المشكلة ؟ هل أنا استخدم خطة معينة ؟ هل أحتاج لخطة أخرى ؟ ما الخطوة الناجحة هنا ؟ وما هي الخطوة التي لم تثبت جدواها ؟ . وتشير البحوث في هذا المجال إلى أن قدرة الطلاب على حل المشكلات في حالة استخدام هذه الطريقة تفوق قدرتهم على حلها باتباع الطرق التقليدية (Kramrski & Mevarech, 1997; McInerney, McInerney & Marsh, 1997).

ويعتبر الاستعرافيون السلوكيين التفكير حول التفكير المستوى الأعلى من مستويات النظام الاستعرافي الذي يتولى عملية ضبط ما يحدث في المستويات الأخرى (Alford & Beck, 1997). وتشتمل عملية الضبط هذه، على سبيل المثال، على التحول من الشعور بالانزعاج إلى التحويل أو تحويل الانتباه إلى شيء آخر (Gelder, 1997).

ويرى بك أن عملية التفكير حول التفكير (اسماها نظام التحكم الشعوري) (The Conscious Control System) أداة تعمل على التغلب على نشاط الوضعيات الأولية. ويتصف هذا النظام بأنه مقصود، وأنه أيضا أقل انفعالا في أهدافه وقيمة قياسا على ما يحدث في الوضعيات الأولية. ويشتمل نظام التحكم الشعوري على عمليات إجرائية مثل تطبيق المنطق في حل المشكلات والتخطيط بعيد المدى لما يتطلب ذلك في حياة الفرد. كما يقوم هذا النظام بالتعامل مع الأفكار التلقائية الصادرة من النظام الاستعرافي الأولي ويحول التركيز على الأفكار أو الذكريات غير السارة إلى أشياء أخرى ويمنع الاندفاعات غير المتكيفة أو يتجاهل الوجدانات السلبية.

ويستطيع الفرد من خلال التدخلات العلاجية إعادة صياغة المواقف المخيفة والنظر إليها كمواقف غير مهددة له . وهكذا فإن نظام التحكم هذا يلعب دورا أساسيا في تقويم مخرجات العمليات الاستعرافية الأولية (المخاوف التلقائية، انتقاد ولوم الذات وما يشابه ذلك من الاتجاهات السلبية) باستخدام أساليب تفكير مرنة ومتزنة .

وباختصار فإن هذا النظام يقوم بـ :

- ١- إبطال مفعول نشاط الوضعية التلقائي عندما يتضارب مع القيم والخطط
الشعورية .
- ٢- يوفر تفسيرات بديلة للمواقف .
- ٣- يختبر مدى صحة الاستنتاجات والتوقعات التلقائية .
- ٤- يوفر الخطط ذات المدى البعيد ويغير الاستراتيجيات ويضع
الأهداف وهكذا فإن هذا النظام يتعامل مع الوضعيات بشكل تنازلي
(Top -down) (من الكل إلى الجزء) وبشكل تصاعدي (Bottom-
up) (من الجزء إلى الكل) (Beck,1996).

الفصل الثالث: فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي

في هذه المراجعة للتراث الخاص بفعالية العلاج الاستعرافي السلوكي سوف يكون التركيز، قدر الاستطاعة، على الدراسات الجمعية إلى يقوم الباحث فيها بتحليل نتائج عدد كبير من الدراسات التي تدور حول موضوع معين واستخلاص نتيجة واحدة تلخص ما تم التوصل إليه في هذه الدراسات. وقد كان من بين الدراسات المبكرة من هذا النوع حول فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي الدراسة التحليلية الجمعية (Meta-analysis) التي قام بها ملر ويرمان على ٤٨ دراسة من الدراسات التي تمثل المحاولات المبكرة للتأكد من فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج بعض الاضطرابات النفسية وتبين لهما أن اثر العلاج الاستعرافي السلوكي الإيجابي يظاى اثر التنظيم التدرجى (Systematic desensitization) (Miller & Berman, 1983) الذي يعتبر، بالإضافة إلى أنواع التعرض الأخرى، من انجح الأساليب العلاجية النفسية في علاج المخاوف المرضية.

وكان العلاج الاستعرافي السلوكي قد نال شهرة واسعة في بداية استخدامه كعلاج مناسب للاكتئاب (Oei & Free, 1995). وتشير نتائج الكثير من البحوث في مجال فعالية أنواع العلاج المختلفة في علاج الاكتئاب إلى صحة هذا الافتراض. ومن ذلك ما أظهرته دراسة تحليلية جمعية غطت ٢٨ دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فعالية العلاج الاستعرافي في علاج الاكتئاب. وقد روعي في هذه الدراسات (التي اشتملت عليها الدراسة) ما يلي:

أ / استخدام دليل استخدام العلاج الاستعرافي المعد من قبل بك وزملائه أو أنه من الواضح أن إجراءات العلاج مبنية على طريقة بك في علاج الاكتئاب.

ب / أن يكون الهدف الأساسي للدراسة هو علاج الاكتئاب.

جـ / أن يستخدم مقياس بك للاكتئاب لتقييم نتائج العلاج.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التعزيزات التي أحدثها العلاج الاستعرافي

السلوكي تفوق ما حدث لدى العينات الضابطة ، الذين تلقوا علاجاً دوائياً ، وأولئك الذين تلقوا علاجاً سلوكياً ، بالإضافة إلى المرضى الذين تلقوا أنسواع علاجية أخرى (Dobson, 1989) .

وفي دراسة تحليلية جمعية أخرى اشتملت على ٢٩ دراسة تمت مقارنة فعالية العلاج النفسي بفاعلية العلاج الدوائي في علاج نوبات القزح ، وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاج الاستعرافي السلوكي المكون من : التدريب على الاسترخاء إعادة البناء الاستعرافي والتعرض أكثر فعالية من مضادات الاكتئاب (Clum, Clum & Surls, (High potency; benzodiazepines) (1993). وفي دراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية السلوكي في علاج القلق العام أشارت النتائج إلى أن أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج القلق العام يفوق أثر العلاج السلوكي (Butler et al, 1991) . وقلم Chambless & Gills باستعراض عدد من الدراسات حول القلق العام، القزح والخوف من الأماكن المفتوحة ، والخسوف الاجتماعي وتوصل إلى أن أثر العلاج الاستعرافي السلوكي يساوي وأحياناً يفوق أثر العلاج السلوكي في علاج هذه الاضطرابات (Chambless & Gills, 1993) .

وتشير العديد من البحوث إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي أسلوب فعال في علاج اضطراب الوسواس القهري سواء كانت المشكلة أفعالاً قسرية أو أفكاراً تتحكم ذهن المريض . وقد كان التعامل مع الأفكار الوسواسية من الظواهر التي يجد المعالجون صعوبة في التعامل معها باستخدام الطرق العلاجية النفسية الأخرى (Mark et al, 1997) .

وفي مجال العلاج النفسي لاضطرابات الأكل أصبح من المؤلف، بناء على نتائج الدراسات في هذا المجال ، لدى المهتمين بعلاج هذه الاضطرابات، الاستعانة بالعلاج الاستعرافي السلوكي وتفضيله في الكثير من الحالات على غيره من أنسواع العلاج المتوفرة للتعامل مع أنسواع محددة من اضطرابات الأكل مثل الشره العصبي

(Bulimia Nervosa) والاكل بشراهة (Binge eating) لدى الذين يعانون من السمعة (Willson & Fairburn, 1993).

ومن بين الدراسات المؤيدة لهذا الافتراض للدراسة التي قام بها أكرام وزملاؤه على ٧٧ امرأة يعانين من الشره العصبي بهدف مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية المراقبة الذاتية لعدد السعرات الحرارية واستخدام المسهل، وفعالية العلاج الاستعرافي السلوكي مع أسلوب منع الاستجابة (Respons prevention) للاستقراغ وقد أظهرت نتائج الدراسة تفوق أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج هذا الاضطراب على أثر الطريقتين الأخريتين (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch, 1989).

وفي دراسة أخرى على ٢٣ امرأة يعانين من الشره العصبي قام الباحثون بلفت انتباه عينة الدراسة إلى أن الأكل بشراهة يتطور نتيجة للمحاولات المتكررة لتطبيق الحمية الصارمة. وتم تدريب العينة على المراقبة الذاتية لكميات الأكل التي يتناولونها والأنماط المتبعة في تناول الطعام ونوبات الأكل بشراهة والأفكار والحالة الوجدانية قبل وبعد نوبات الأكل بشراهة بالإضافة إلى الظروف والسياق المرتبط بالأكل. ولكن لم يطلب من العينة القيام بالمراقبة الذاتية للوزن، وكان العلاج يتركز بصورة أساسية على سجلات المراقبة الذاتية لأفراد العينة. واستمر العلاج عشرة أسابيع بمعدل ٩٠ دقيقة كل أسبوع، وأظهرت النتائج أن ٧٩% من النساء اللائي تلقين العلاج الاستعرافي السلوكي قد توقفت عن الأكل بشراهة بينما لم يتوقف أي من أفراد العينة الضابطة عن ذلك (Telch, 1990).

وهناك ما يشير إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي علاج فعال في علاج آلام الرأس (صداع التوتر Tension headache) المتكررة. فقد تبين في دراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية العلاج النوائي (Amitriptyline) في علاج آلام الرأس المتكررة أن عدد الأيام التي خلت من آلام الرأس قد تضاعف ثلاث مرات لدى الذين تلقوا العلاج

الاستعرافي السلوكي بينما تضاعف عدد الأيام الخالية من آلام الرأس لدى الذين تلقوا العلاج الدوائي مرتين فقط. كما لوحظ انخفاض الشكاوي الجسمية (Somatic) وارتفاع درجة الإحساس بالتحكم الشخصي في نوبات آلام الرأس لدى المرضى الذين تلقوا العلاج الاستعرافي السلوكي (Cordingley & Jerome, 1991).

وبالإضافة إلى ذلك تشير الدراسات الحديثة حول أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية إلى فعالية هذا النوع من العلاج مع مشكلة الاعتماد على المخدرات (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

وحديثاً بدأت محاولات جادة للاستفادة من العلاج الاستعرافي السلوكي في مساعدة الذين يعانون من الاضطرابات القسامية. ومع أن التعرف على مدى الاستفادة من العلاج الاستعرافي السلوكي في مثل هذه الحالات يحتاج إلى المزيد من الدراسات والجهد، يرى يونس وينقول أنه تبعاً لما هو متوفر من أساس نظري وخبرات إكلينيكية في مجال العلاج الاستعرافي السلوكي، من الممكن استخدام أسلوب تفحص الاعتقادات المستخدم في العلاج الاستعرافي السلوكي مع العديد من الاضطرابات النفسية مع الذين يعانون من الهذات مشيرين إلى أن استخدام هذا الأسلوب بشكل مدروس ومتدرج قد يخفف من درجة تمسك هؤلاء المرضى بما لديهم من اعتقادات (Young, Bentall, 1995). وفي أحد الكتب الحديثة حول هذا الموضوع طرح كينغتون وتيركينغتون العديد من الفنيات الاستعرافية السلوكية للتعامل مع الأعراض التي تظهر لدى مرضى القسام التي يبدو أنها مفيدة في تخفيف حدة هذه الأعراض ولعل من أهمها التطبيع (Normalizing) أو جعل الشيء (الأعراض في هذه الحالة) يبدو طبيعياً من خلال نزع صفة الغرابة والخطورة والسيطرة عنه. ويعتبر الكاتبان فنية التطبيع عنصراً هاماً في الطريقة العلاجية المبنية على العلاج الاستعرافي السلوكي حيث أنها تريد من فعالية الفنيات الأخرى المستخدمة في العلاج (Kingdon &

(Turkington, 1994)

وكما هو الحال مع الكبار تشير نتائج العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية للأطفال والمراهقين.

ففي دراسة على ١١٢ طفلاً (٧ - ١٣ سنة) من المحولين للعلاج النفسي لإظهارهم سلوكيات مضادة للمجتمع (Antisocial) تمت مقارنة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي بفعالية العلاج المتمركز حول الشخص وأظهرت النتائج أن درجة انخفاض السلوكيات المضادة للمجتمع والمشكلات السلوكية بشكل عام لدى الذين تلقوا العلاج الاستعرافي السلوكي أكبر مما حدث لدى الذين تلقوا العلاج المتمركز حول الشخص (Kazdin et al, 1989). وفي دراسة حول أثر العلاج الاستعرافي السلوكي في تخفيف أثر الضغوط النفسية على المراهقين تم تدريب مجموعة من المراهقين على مراقبة وتحديد الأفكار التي تثير الضغوط، إيجاد أفكار بديلة أكثر تكيفاً من الأفكار الأصلية، التعليمات الذاتية للتحكم في الأفكار التي تولد الضغوط النفسية والتدريب على المهارات المكتسبة خلال فترة العلاج وبينت النتائج انخفاض مستوى القلق والغضب لدى المراهقين الذين تلقوا العلاج مقارنة بالعينة الضابطة (Hains & Szyjakowski, 1990).

وقام جيمسون وزملاؤه بدراسة على عدد من المراهقين الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي الأساسي (Major depressive disorder) بهدف التعرف على فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين. وتبين من نتائج الدراسة أن أعراض الاكتئاب قد خفت لدى ٦٠% من أفراد العينة بعد الانتهاء من العلاج (Jason et al, 1998).

وبصورة عامة يمكن القول، بناء على نتائج الدراسات حول فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل مع مشكلات الأطفال والمراهقين، رغم قلتها، أن درجة فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج هذه المشكلات تعتمد على نوع المشكلة، فالنتائج مشجعة بالنسبة للعنوان والقلق والاكتئاب وأقل من

ذلك مع اضطرابات النشاط المفرط وعجز الانتباه. (Kendall, 1993). ونظروا لان العلاج الاستعرافي السلوكي مع الأطفال والمراهقين لم يلق نفس الاهتمام الذي أولاه الباحثون له مع الكبار، وعلى الرغم من أن نتائج الدراسات حول فعاليتها مع الأطفال والمراهقين مشجعة حتى الآن، فإنه من السابق لأوانه إصدار الأحكام حول مدى ملائمته لعلاج مشكلات الأطفال قبل توفر عدد كافي من الدراسات في هذا المجال .

ومن ناحية أخرى يكاد يكون هناك شبه إجماع على تميز العلاج الاستعرافي السلوكي على غيره من أنواع العلاج بالقدرة على منع الانتكاس أو تأجيل حدوثه إلى فترات أطول بعد تلقي العلاج . بالإضافة إلى دور هذا النوع من العلاج في الوقاية من تطور المشكلات الاجتماعية النفسية .

أ / منع الانتكاس :

في العلاج الاستعرافي السلوكي يتم تدريب المريض على التعامل مع الأفكار المرتبطة بالمشكلة الحالية له وكذلك تدريبه على التعامل مع ما قد يستجد من أفكار في المستقبل مما يجعله قادراً على التعامل مع هذه الأفكار التي قد تنشأ لديه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية ، وفي هذا يقول أليس: للعلاج الاستعرافي السلوكي يحدث تغييرات استعرافية ، انفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل (Ellis, 1996) . وتشير نتائج الدراسات حول فعالية العلاج الاستعرافي وبالأذات مع الاكتئاب إلى أن أثر هذا النوع من العلاج ، مقارنةً بالعلاج الدوائي وأنواع العلاج النفسي الأخرى ، يمتد إلى شهور أو سنوات بعد تحسن حالة المريض (Burn & Nolen- Hoeksema, 1991; Hollan, 1993) .

وبالإضافة إلى تميز العلاج الاستعرافي السلوكي بمنع أو تأجيل الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب تشير دراسة على عدد من البحوث في قلق العام واضطرابات الفزع والخوف الاجتماعي أن قدرة العلاج الاستعرافي السلوكي

على منع الانتكاس بالنسبة للاكتئاب تتطبق أيضاً على اضطرابات القلق العام والفرع والخوف الاجتماعي (Chambless & Gills, 1993). ومن الممكن عزو هذا التميز للعلاج الاستعرافي السلوكي مقارنة بأنواع العلاج الأخرى، إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي يحدث تغييرات في البناء الاستعرافي للمريض (Whisman, 1991).

ب/ الوقاية من تطور المشكلات الاجتماعية والنفسية :

يرى بعض الباحثين أنه من الممكن استخدام العلاج الاستعرافي السلوكي مع الأفراد الأكثر عرضة للاكتئاب لمنع ظهور هذا الاضطراب لديهم (Hollon, 1993)، وهناك ما يشير إلى قدرة العلاج الاستعرافي السلوكي على القيام بهذا الدور الوقائي مع العديد من الاضطرابات النفسية .

ففي دراسة على ١٠ نساء تعرضن لحادث غير سارة وظهرت عليهن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ولكن لم يشخصن كمريضات اضطراب ما بعد الصدمة نظراً لأن التشخيص بهذا الاضطراب يتطلب استمرار الأعراض لمدة شهر على الأقل وهو ما لا ينطبق إلا على حالة واحدة من أفراد العينة، بهدف منع تطور الأعراض إلى اضطراب ما بعد الصدمة المزمن (Chronic posttraumatic Stress disorder) باستخدام برنامج استعرافي سلوكي اشتمل على :

- ١- معلومات عن مدمد الفطام المعتادة التي تعقب الخدمة عند السادة .
- ٢- تدريب على التنفس السليم والاسترخاء .
- ٣- التعرض مرة أخرى للخبرة غير السارة عن طريق التخيل .
- ٤- التعرض المباشر لما تخافه المريضة (تم إعداد قائمة بالأشخاص والمواقف التي تخشاها كل واحدة من أفراد العينة وطلب منهن مجابهة هؤلاء الناس والمواقف مع مراعاة عدم وجود احتمال لتعرض المريضة للخطر) كواجبات منزلية .
- ٥- إعادة البناء الاستعرافي لأفراد العينة.

وقد تبين بعد مرور شهرين من حدوث الخبرة غير السارة أن ١٠% من أفراد العينة التجريبية مقابل ٧٠% من أفراد المجموعة الضابطة ينطبق عليهم تشخيص الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) لاضطرابات ما بعد الصدمة (Foa, Hearst-Ikeda & perry, 1995).

وفي دراسة اشتملت على ٤٤٦٦ طالباً في مدارس ولاية نيويورك تم تقديم برنامج استعرافي سلوكي يهدف إلى وقاية الطلاب من تعاطي المخدرات وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج الاستعرافي السلوكي الوقائي في منع الطلاب من التورط في استخدام المخدرات بشكل أكبر مما حدث لدى العينة الضابطة (Botvin, 1990).

ويرى أليس أن الحل الناجع للاضطرابات النفسية يكمن في الوقاية منها. والعلاج الاستعرافي السلوكي ملائم أكثر من غيره من أنواع العلاج النفسي للبرامج الوقائية التي من الممكن تقديمها في المنازل ، المدارس ، أماكن العمل ومن خلال وسائل الإعلام للأطفال وللمراهقين ولل كبار بهدف تعليم الناس أساسيات العلاج الاستعرافي السلوكي وبالتالي جعلهم أكثر قدرة على مجابهة صعوبات الحياة وأقل عرضة للاضطرابات النفسية (Ellis, 1996).

وهناك ما يشير إلى أن العلاج الاستعرافي السلوكي قابل للتطبيق على قطاعات مختلفة من الناس. وفي ثقافات مختلفة. ففعالية العلاج الاستعرافي السلوكي غير مرتبطة بنوع العلاج الذي يفضلته المتعالج أو بالثقافة النفسية له (تنقيف المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية جزء من العلاج (Hardy et al, 1995). وجد في دراسة حول أثر جنس المريض في فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في علاج الاكتئاب الأساسي أن احتمال استفادة الذكور من العلاج الاستعرافي السلوكي مشابهة لاحتمال استفادة الإناث (Thase, 1994). كم أن العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قابل للتطبيق في المجتمعات المختلفة لأنه على الرغم من أن له قواعد محددة يعامل كل مريض كحالة فريدة لها خصائص نفسية خاصة بها . وعلى الرغم من استخدامه

المحدود في العالم العربي ، يرى الجليبي واليحييا بأن العلاج الاستعرافي السلوكي هو العلاج الأنسب للتعامل مع المشكلات النفسية في المجتمع العربي (الجليبي واليحييا ، ١٤١٦هـ) .

الفصل الرابع : الانتقادات الموجهة للنظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي

وجه عدد من البنيويين (Constructivist) (حركة ظهرت في العلاج الاستعرافي السلوكي في السبعينيات والثمانينيات الميلادية , Mahoney, 1993) عدد من الانتقادات للعلاج الاستعرافي السلوكي السائد ، أو التقليدي الموضوعي (Objectivist) كما أسماه بعض البنيويين (ويقصد به أسلوب أليس وبك ومكينبوم ومن يستخدم طرقهم العلاجية) . وفي ذلك يقول نيمير Neimeyer أن هناك فروقا جوهرية بين الاتجاه الموضوعي والاتجاه البنيوي في التقويم وفي العلاج . فالإتجاه التقليدي يركز على العبارات الذاتية المعزولة (أفكار تلقائية (عند بك) أو اعتقادات لا عقلانية (عند أليس))، التي تظهر لدى المريض عندما يتعرض للضغوط النفسية ، ويركز العلاج على تصحيح هذه الأفكار والاعتقادات غير الواقعية التي تؤدي إلى الضيق الانفعالي بأسلوب توجيهي مباشر. أي أن العلاج التقليدي يركز على إحداث تغييرات سطحية (Neimeyer, 1993) . ويحصر البنيويين الفروض الأساسية للعلاج التقليدي بصورة عامة في: أن اللاعقلانية هي مصدر الاضطرابات النفسية؛ أن التفكير المنطقي يعيد التوازن النفسي للمريض وأن الهدف الرئيسي للعلاج هو استبدال أنماط التفكير غير العقلانية بأنماط تفكير عقلانية تتسجم مع الواقع (Mahoney, 1993) . وفي المقابل يتميز المنحى العلاجي الاستعرافي البنيوي بـ :

١- الافتراض بأن الصور العقلية من صنع الإنسان نفسه

(Howard,1991).

٢- محاولة إحداث تغييرات شاملة في منظومة اعتقادات المريض مع تخصص أبعاد نمو الاضطراب النفسي لدى المريض وعلاقاته في مرحلة الطفولة التي ساهمت في تكوين فكرته عن نفسه وعن العالم .

٣- الاهتمام بالمعنى الشخصي الذي يعطيه المريض لما يدور حوله وليس بمدى عقلانية أفكاره .

٤- النظر إلى الانفعالات كمؤشر على محاولة المريض تشكيل معنى لخبراته. وتبعاً لذلك تكون تدخلات المعالج الاستعرافي البنوي موسعة ، تأملية (Reflective) وتركز على الجانب الشخصي للمريض وليست إقناعية وتقنية كما هو الحال في العلاج الاستعرافي السلوكي التقليدي (Neimeyer,1993).

كما يرى بعض البنويين أن هناك إشكالية في تحديد ما هو "عقلاني" على اعتبار أنه من الصعب إيجاد تعريف دقيق وثابت وفقاً للمعايير العلمية لما يمكن اعتباره عقلانياً. فما هو عقلاني عند مجتمع ما قد لا يكون كذلك بعد شهر ، عام أو قرن من الزمان . وحتى إذا افترض أن سلوكاً معيناً يعتبر سلوكاً عقلانياً تبعاً لإجماع من يعينهم هذا السلوك على عقلانيته فإن عدم التمسك به لا يعني بالضرورة سوء التكيف لدى الفرد ، بل أحياناً يكون السلوك الذي يعتبر لا عقلاني مفيد للإنسان (Haaga & Davison,1993; Neimeyer,1993).

ومن الانتقادات التي توجه للمعالجين الاستعرافيين السلوكيين أنه من المحتمل أن يتأثر المريض بمركز المعالج وقبيل بوجهة نظره حتى لو كان لا يفهمها أو غير مقتنع بها (الجلبي واليحيى ، ١٤١٦هـ - Corey,1986). ويضاف إلى ذلك الملاحظات التي أوردها يونق Young حول فعالية العلاج الاستعرافي السلوكي في التعامل اضطرابات الشخصية. يرى يونق أن نجاح العلاج الاستعرافي السلوكي (طريقة بك التقليدية) يتطلب:

١- قدرة المريض على تحديد مشاعره وأفكاره .

- ٢- أن يكون لدى المريض مشكلات حياتيه معروفة يمكن التركيز عليها .
- ٣- أن يكون لدى المريض الدافعية والقدرة على القيام بالواجبات المنزلية .
- ٤- أن يكون لدى المريض القدرة على الدخول في علاقة تعاونية (Collaborative relationship) مع المعالج.

٥- مرونة النظام الاستعرافي لدى المريض بما فيه الكفاية لإحداث تغييرات فيه باستخدام الفنيات الاستعرافية السلوكية المتعارف عليها . ويضيف يونق أن الذين يعانون من اضطرابات الشخصية لا تنطبق عليهم بعض، وأحياناً ، كل هذه الشروط .

وللتعامل مع مثل هذه الحالات يقترح يونق استخدام ما اسماءه بالعلاج المتمركز حول المخطوطة (Schema-focused therapy). وطريقة يونق هذه كما هو الحال بالنسبة للعلاج الاستعرافي البنوي لم تطرح كبديل للعلاج الاستعرافي السلوكي المعتاد بقدر ما هي دعوة لإجراء بعض التعديلات عليه وإضافة بعض الفنيات له . في العلاج المتمركز حول المخطوطة يتم دمج فنيات استعرافية ، سلوكية، خبروية (Experiential) وبينشخصية (Interpersonal) . تهدف الفنيات الخبروية إلى استثارة انفعالات المريض خلال محاولة إحداث تغييرات في أفكاره مثل (الفنيات التخيلية Imagery والحوار المتعلق بالمخطوطة) وتركز الفنيات البينشخصية على علاقة المريض مع الآخرين . كما يركز العلاج المتمركز حول المخطوطة على خبرات الطفولة المبكرة أكثر مما يحدث في العلاج الاستعرافي السلوكي؛ يحدد المخطوطة من خلال المعلومات التي يتم الحصول عليها حول مشكلة المريض وتاريخ حياته واستخدام استبيان المخطوطة ليونق ، وينشطها في الجلسات العلاجية. كما أن هذا النوع من العلاج يستخدم الاكتشاف الموجه بشكل أقل مما هو في العلاج الاستعرافي السلوكي . أما فيما يتعلق بمدة العلاج ففي الغالب تكون أطول في العلاج المتمركز حول المخطوطة (Young, 1996) . (انظر الجزء الخاص بالفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة وكذلك الجزء الخاص بعلاج اضطرابات الشخصية في هذا

(الكتاب).

ويضاف إلى هذه الانتقادات الملاحظات التي طرحها بعض المشتغلون في العلوم الاستعرافية حول علاقة الاستعراف بالانفعالات. لقد كان الافتراض الأساسي للنظرية الاستعرافية وبالذات في بداية ظهورها هو أن " الاعتقادات تسبق الانفعالات ". و يتمثل هذا الانتقاد في أن هناك ما يشير إلى أنه من الممكن أن يكون العكس هو الصحيح: الحالة الانفعالية تساهم في ظهور الاعتقادات السلبية (Teasdale & Barnard, 1993).

ومن الممكن حصر الانتقادات الموجهة للعلاج الاستعرافي السلوكي في النقاط التالية التي يرى بعض الباحثين أن العلاج الاستعرافي تجاهلها أو قلل من أهميتها :

- ١- العقل البشري صانع معاني وليس مجرد انعكاس لما يحدث من حوله. فالعقل يكون واقع ويشكل نماذج للعالم خاصة به .
- ٢- صعوبة تعريف الأفكار العقلانية .
- ٣- التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار غير عقلانية .
- ٤- تأثير المريض بالمعالج وقبول ما يقوله ظاهرياً أو قبول المريض لما يقوله المعالج دون أن يفهمه .
- ٥- العلاج الاستعرافي السلوكي في حاجة إلى إجراء تعديلات وإضافة فنيات جديدة لكي يصبح قادراً على التعامل مع اضطرابات الشخصية .
- ٦- العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات غير واضحة.

وسوف تتم مناقشة هذه النقاط في الصفحات التالية :

١- الإنسان يكون واقع خاص به :

يسلم المعالجون الاستعرافيون السلوكيون بصورة عامة بأنه على الرغم من الاكتشافات المبهرة التي حققها الإنسان بما في ذلك أجهزة الكمبيوتر العملاقة التي تستطيع القيام بعمليات بالغة التعقيد في ثوان معدودة يظل العقل

البشرى هو النظام الجبار الذي تصعب مجاراته. ولعل من بين العمليات التي تميز العقل البشرى عن أعقد أجهزة الكمبيوتر مثلاً أنه من الصعب التنبؤ بمخرجاته بناء على المعلومات التي تدخل فيه. فالعقل البشرى يتلقى المعلومات ويعيد صياغتها بغير أشكالها ويخلق أشكال جديدة. وهذه الأشكال الجديدة التي يقوم بحبكها العقل تؤثر في سلوكيات الفرد المستقبلية (Stroud, 1994)، وإذا ما أضيف إلى ذلك التعقيد الواضح في البيئة المحيطة بالإنسان الذي يجعل الانتباه لكل ما يدور من حوله أمر بالغ الصعوبة أصبحت عملية التنبؤ بالسلوك البشرى في موقف ما أمر لا يخلو من المجازفة. والمعالج الاستعرافي السلوكي يدرك ويسلم بذلك ويتعامل مع مشكلات المريض كمشكلات تختلف عن ما لدى غيره من الناس على اعتبار أن ما يراه شخص ما في وضع معين يختلف عن ما يراه شخص آخر وإن نظرة الشخص نفسه لسباق بيني معين يختلف من لحظة إلى أخرى (Lazarus, 1991).

أما فيما يتعلق بوجهة نظر النظرية الاستعرافية السلوكية حول الواقعية فيسلم كل من أليس ومكينوم وقبل ذلك بك بقدرة الفرد على بناء واقع وتكوين تصورات خاصة به عن العالم، قد يعتبرها غير ذلك في مجتمع، أو وقت أو ظروف أخرى. في النظرية الاستعرافية، الطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف (المعنى الذي يعطيه للموقف) يحدد مشاعره وسلوكه. لكن وجهة النظر الاستعرافية على كل حال أقرب إلى رأي البنيويين المعتدلون الذين لا ينكرون وجود عالم حقيقي منها إلى البنيويين المتطرفين الذين يرون أن ليس هناك واقع عدى الخبرات الشخصية.

وتبعاً لذلك يرى المعالجون الاستعرافيون السلوكيون أن الفرد الذي يعاني من اضطراب نفسي يكون بنيوي تماماً لأنه يرى الأمور بمنظار شخصي لا ينسجم مع الواقع أما عندما يكون الفرد في حالاته العادية فإنه يكون بنيوي وتجريبي واقعي (Empirical/Realist). فقد يفسر الفرد العادي الأكم الذي في صدره، مدفوعاً بما تمليه عليه المخطوطة المسيطرة على أفكاره، على أنه أعراض نوبة قلبية مباشرة بعد إحماسه بالأكم ولكنه سرعان ما يستبعد هذا

0051042

الافتراض (تفكير حول التفكير) بعد أن يتأمل فيه .

ودور المعالج الاستعرافي السلوكي مع المريض هو مساعدته على الحصول على المزيد من المعلومات وإيجاد تفسيرات بديلة للموقف . أو بمعنى آخر تحريره من سيطرة الوضعية غير الفعالة (Alford & Beck, 1997) .

٢- صعوبة تحديد ما هو المقصود بعقلاني وغير عقلاني :

يدرك العاملون في العلاج الاستعرافي السلوكي أنه من الصعب تحديد ما هو عقلاني أو موضوعي (Watts, 1992) وما هو غير عقلاني كشيء ثابت في كل الظروف لذا لم يزعم أي منهم أن لديه تعريف محدد لذلك (يستثني من ذلك ما يتعلق بالدين بالنسبة للمعالج المسلم) .

ومن المتعارف عليه بين المعالجين الاستعرافيين السلوكيين أن ما يقصد بعقلاني هو أن تكون الأفكار قابلة للتنفيذ، فعالة، وعملية وليس بالضرورة موضوعية أو عقلانية (Ellis 1996; Haaga & Davison, 1993) . المعالج الاستعرافي السلوكي لا يحدد للمريض ما هو المعقول وما هو غير المعقول ولكن عندما يختار المريض هدف معين ، يكون عندئذ من المعقول بالنسبة للمريض أن يفكر ويتصرف بطرق تساعد على تحقيق هذا الهدف ويكون عندئذ من غير المعقول بالنسبة للمريض أن يتصرف بطرق تحول دون تحقيقه لهذا الهدف الذي اختاره (Burks & Steffire, 1979) . والمعالج الاستعرافي السلوكي يساعد المريض في تحقيق أهدافه (المريض) الإيجابية .

٣- التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار غير عقلانية:

يسلم العاملون في العلاج الاستعرافي السلوكي أن وجود أفكار غير عقلانية لدى الفرد لا يعني أنه شخص لديه مشكلات نفسية . فلكثير من الناس الذين يتمتعون بالصحة العقلية بعض الأفكار الوهمية المعتدلة ، فالأفكار

التي تعزز الذات قد تكون عاملا إيجابيا بالنسبة لقدرة الفرد على التكيف (Epsteing, 1994) حتى لو لم تكن دقيقة ١٠٠% . والقول المأثور (أعمل لنفياك كأنك تعيش أبدا وأعمل لأخرك كأنك تموت غدا) له أثر إيجابي على الذين يتمسكون به . كما أن ردود الفعل المبالغ فيها ليست دائما غير فعالة ، فالخوف المبالغ فيه قد ينقذ حياة الفرد أحيانا (Beck, 1996) .

٤- تأثير المريض بالمعالج وقبول ما يقوله ظاهريا أو قبوله لما يقوله المعالج دون أن يفهمه :

عند الحديث عن احتمال تأثر المريض بالمعالج واختلال العلاقة العلاجية الذي قد ينتج عنه قيام المريض بإعطاء استجابات إيجابية كاذبة كان يشير إلى أنه لم يعد مثلا يتمسك بفكرة معينة كما كان في السابق فلا بد من الإشارة إلى أن احتمال حدوث ذلك يعتمد على نوع الطريقة العلاجية الاستعرافية السلوكية المتبعة . وكما ذكر في مواضع أخرى من هذا الكتاب فإن طريقة أليس أكثر مباشرة من طريقة بك لذا فإن احتمال تأثر المريض بما يقوله المعالج أكبر مما هو في طريقة بك .

والإشارة إلى أن احتمال حدوث ذلك أكبر عند استخدام طريقة أليس لا تعنى أن احتمال حدوثها كبيرا في هذه الطريقة. حيث يقوم بعض المعالجون الذين يستخدمون طريقة أليس في بداية العلاج، حرصا منهم على تقادى حدوث ذلك ، بشرح النموذج الاستعرافي السلوكي للمريض وبناء الألفة والتأكيد على الطبيعة التعاونية للعلاج وعلى أن قيام هذا النوع من العلاقة بين المعالج والمريض أمر ضروري لحدوث التحسن (Corey, 1986) كما أن أليس يؤكد على ضرورة احترام المعالج لرغبات وقيم وأخلاقيات المريض (Burks & Steffre, 1997) مما قد يشجع المريض على التعبير الصادق عن مشاعره .

أما احتمال قيام المريض بإعطاء استجابات لا تعكس ما يفكر بها فعلا

بصورة متعمدة فهو احتمال وارد ولكنه ضعيف إلى درجة كبيرة مع المعالجين الذين يستخدمون طريقة بك في العلاج الاستعرافي السلوكي ، لأن المتعارف عليه في هذه الطريقة هو أن المعالج لا يهدف إلى جعل المريض يتبنى أفكار المعالج أو يفكر بطريقة أكثر عقلانية أو أكثر إيجابية ولكنه يساعد على أن يستنتج بنفسه أن هناك طرق أخرى للنظر إلى المشكلة (Salkovskis, 1996). كما أن المعالج في هذه الطريقة قلما يقدم النصيح أو التوجيه للمريض حيث ينصب اهتمامه، كما سيتضح في الأجزاء الخاصة بالاكشاف الموجه والتجارب السلوكية، على مساعدة المريض في التوصل إلى أفكار بديلة بنفسه الأمر الذي يجعله أكثر استعداداً للتصديق بها فعلاً، بخلاف ما يحدث عندما تقدم له الأفكار من قبل المعالج أو غيره. أما إذا قام المريض بإعطاء استجابات إيجابية مخالفة لم يحس به فعلاً، على الرغم من الاحتياطات التي مارسها المعالج، فإن المعالج المتمرس سوف يكتشف ذلك في حينه أو يستدل على وقوع المريض فيه من عدم حدوث تحسن في حالته. وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يمارس هذا السلوك يبدأ في التعامل مع ميل المريض للموافقة كأفكار غير فعالة ويساعد المريض على تفحصها وإيجاد أفكار بديلة لها .

٥- حاجة العلاج الاستعرافي السلوكي لإجراء تعديلات وإضافة فنيات جديدة لكي يكون بإمكانه التعامل بصورة أفضل مع اضطرابات الشخصية :

المعالج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يركز على التعامل مع الأعراض (الاستعرافية والانفعالية والدافعية والسلوكية) في معظم الحالات إحداه تغييرات فيها يؤدي إلى إحداث تغييرات في الاعتقادات الأساسية) ويتعامل مع الاعتقادات الأساسية مباشرة ويستكشف تاريخ حياة المريض ونموه وعلاقاته الاجتماعية كلما بنت له أهمية ذلك في تحسن حالة المريض، كما أنه يستخدم الفنيات الخبروية إلى جانب الفنيات الأخرى عند الضرورة،

ولكن يونق يقترح إعادة النظر في توزيع الجهد والوقت الذي يبذله المعالج في التعامل مع هذه الجوانب (وقت أطول للتعامل مع المخطوطة)، وبالإضافة إلى ذلك يقترح يونق استخدام بعض الفنيات التي تعتبر إضافة جديدة للعلاج الاستعرافي السلوكي المتعارف عليه في محاولة منه لجعل العلاج الاستعرافي السلوكي أكثر فعالية في علاج اضطرابات الشخصية (Young, 1996).

والمعالجون الذين يستخدمون طريقة بك لا يرون حرجاً في الاستفادة من اقتراحات يونق في علاج اضطرابات الشخصية (التركيز أكثر على الجوانب النمائية لسير تطور المخطوطة، إطالة فترة العلاج والتطرق للعلاقات الشخصية (J. Beck 1996; Blackburn & Twaddle, 1996). وسوف يتم تقديم هذه الطريقة (العلاج الاستعرافي السلوكي الأساسي بالإضافة إلى بعض مقترحات يونق) في الباب الثاني (الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة) والثالث (النموذج والخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطرابات الشخصية) في هذا الكتاب.

٦- إشكالية العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات:

أظهرت بعض الدراسات الحديثة أن الشعور بالحزن قد يؤدي، بخلاف ما توحي به بعض الافتراضات في النظرية الاستعرافية في بداية ظهورها، (الكتابات الحديثة في النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي لا ترفض فكرة أن الحالة الانفعالية قد تقود إلى ظهور أفكار سلبية كما أشير إلى ذلك في مكان آخر من هذا الكتاب) إلى تطور الأفكار السلبية لدى الناس. ومع أن التأكد تماماً من كون الحالة الانفعالية تسبق الأفكار السلبية أمر بالغ الصعوبة فإنه قد لوحظ في بعض الدراسات أن تغيير الحالة الانفعالية لدى الفرد من طبيعية إلى حزينة (باستخدام مثيرات تجلب الحزن) تؤدي إلى بروز الأفكار السلبية لديه. كما أنه من الممكن اعتبار اختفاء الأفكار السلبية لدى

مريض الاكتئاب بعد تحسن حالته نتيجة لاستخدامه لمضادات الاكتئاب دون محاولة تعديل أو استبدال الأفكار السلبية مؤثراً آخر على أن الحالة الانفعالية تساعد على ظهور الأفكار السلبية لدى المريض (Blackburn & twaddle, 1997; Teasdale, 1997). أضف إلى ذلك، ما تبين في إحدى الدراسات؛ أن ارتفاع درجة للخوف بصورة عامة ترفع درجة الخوف أو تنشط الخوف من مثير معين بحيث يكون أكثر مما هو عليه عندما يكون الفرد مرتاح البال (Rachman, 1997, p. 17). وقد ظهر حديثاً العديد من الفرضيات والدراسات التي تحاول التعرف الكيفية التي تنشأ بها الانفعالات وعلاقة الانفعالات بالاستعراف. ومن ذلك على سبيل المثال ما افترضه جولمان: أن معالجة المعلومات Information processing لدى الإنسان تتم ليس فقط من خلال الاستعراف ولكن أيضاً من خلال ما أسماه بالذكاء الانفعالي (Emotional Intelligence)، وأن الذكاء الانفعالي ينشأ بصورة مستقلة عن الاستعراف. وكما هو معروف لدى الباحثين في هذا المجال أن الإنسان ليس في حاجة لاكتساب الانفعالات الأساسية المرتبطة بالحفاظ على حياته. ولكن الأمر لا يقف عند هذا الحد حيث أنه من الممكن أن تتولى الانفعالات الاستجابة للمثيرات التي يستقبلها الفرد قبل أن يتوصل العقل إلى الاستجابة المدروسة التي تمر قبل تشكيلها بالعديد من القنوات كما هو متعارف عليه في العلوم الاستعرافية. أي أنه قد يستجيب لمثير ما قبل أن يتوصل إلى معناه ومدلولاته من خلال الرجوع إلى الذواكر طويلة المدى التي تسجل فيها خبراته. ومع ذلك فإن العقل العاطفي والعقل العقلاني كما يسميهما جولمان يعملان معاً في معظم الأحيان وبصورة لا تخلو من الانسجام. ومع التدريب وتهذيب الانفعالات يستطيع العقل العقلاني السيطرة إلى حد كبير على العقل الانفعالي الأمر الذي يؤدي إلى أن يستجيب الإنسان استجابات ملائمة للمثيرات التي يتعرض لها في حياته اليومية. (Goleman, 1996). وكما يلاحظ القارئ فإن في ما ذكره بك حول الوضعيات الأولية والمخطوطات التي تتكون منها الوضعيات غير المتكيفة في الجزء الخاص بذلك في هذا الكتاب ما ينسجم

مع بعض أفكار قولمان.

يبدو إذن من المناقشة السابقة أن الحالة الانفعالية قد تؤدي إلى التحيز في التفكير. فقد تكتسب أفكار المكتتب صبغة متشائمة حول نفسه وحول الناس والمستقبل وقد يحول القلق أفكار الشخص إلى أفكار تدور حول خطورة الأمور وتهديدها له. وعلى الجانب الآخر هناك حلقة قوية على أن التفكير بطريقة متحيزة يؤدي إلى القلق (الفكرة السائدة لدى الكثير من العاملين في العلاج الاستعرافي السلوكي في مراحله المبكرة). فقد تبين في دراسات تجريبية حديثة أن تعريض الأفراد العاديين لمعلومات متحيزة (كلمات ذات طابع تهديدي للذات) دون علمهم بهدف التجربة يرفع درجة القلق لديهم إذا ما وضعوا في ظروف ضاغطة (Macleod in: Mathews, 1997, p.p.47-66). ويتمتع هذا النوع من الدراسات التجريبية بقوة إقناعية أكبر، مقارنة بالدراسات الارتباطية حيث يصعب فيها تحديد ما إذا كانت الأفكار تمسب الانفعالات أم العكس.

رأينا فيما سبق أن الحالة الانفعالية قد تؤدي إلى سهولة بروز الأفكار السلبية (المتحيزة) لدى المريض وهو الأمر الذي يلقي دعماً متزايداً من قبل المشتغلين في هذا المجال (Haaga et al, 1991) وأن الأفكار المتحيزة قد تقود إلى الحالة الانفعالية التي تعكس محتوى هذه الأفكار، ومع ذلك فكما يرى تيزديل Teasdale: النظر إلى المسألة من حيث أيهما يسبق أو يعقب الآخر أو حتى عن وجود علاقة متبادلة بين الاستعراف والانفعال على اعتبار أنهما متغيرين مستقلين عن بعضهما لم يعد من الأمور الأساسية هنا وعوضاً عن ذلك من الأجدي أن نغير مستوى التحليل الذي ننطلق منه وننظر إلى المسألة على اعتبار أنها أنماط من معالجة المعلومات أكثر شمولية قياساً على ما كان يتبع عند الحديث عن العلاقة بين الانفعال والاستعراف (Teasdale, 1997, p.83). وما يقصده تيزديل هنا أن الاكتئاب يحدث نتيجة لتكون منظومة اكتئابية تشمل على هذين المتغيرين.

ولعل من المفيد، عند الحديث السببية، أن نفرق أولاً بين نوعين من الأسباب التي تستخدم في النظر في مسألة السببية في علم النفس: (أ) العلة الفعالة (الكافية) (efficient cause) وتتطلب وجود حادثة أنت إلى نتيجة معينة و(ب) العلة النهائية (القاطعة) (Final cause) والتي يجب أن تشرح تاريخ تطور ظاهرة نفسية معينة؛ (يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار السياقات والمتغيرات البيئية التي رافقت تطور الظاهرة) (Rachlin, 1992; Alford & Beck, 1997).

وبناء على ذلك من الممكن القول بأن العلة (السبب) الكافية للإبقاء على الوضع الاكتسابي مثلاً تشمل على تحيز استعرافي سلبي (Haaga et al, 1991). أما بالنسبة للتوصل إلى العلة (السبب) النهائية في الظواهر النفسية فإن الأمر يستلزم أن تؤخذ بعين الاعتبار كل المتغيرات التي تؤثر بصورة أو بأخرى في تطورها والتي قد تشمل على الجوانب البيولوجية والاجتماعية والنفسية بكل تعقيداتها وتداخلها. وتحاول النظريات الحديثة في العلاج الاستعرافي مثل نظرية بك (1996) (Alford & Beck) ونظريات غيره من الباحثين في هذا المجال (تيزديل ١٩٩٧ على سبيل المثال) احتواء هذه المتغيرات. ومع ما لهذه المسألة من أهمية نظرية بالغة بالنسبة للنظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي فإن تأثيرها محدود على الجوانب التطبيقية للنظرية الاستعرافية لأن تعديل الأفكار والاعتقادات (تكوين وضعية بديلة) لدى المريض باستخدام العلاج الاستعرافي السلوكي يحسن الحالة الانفعالية للمريض سواء أنت نتيجة للأفكار والاعتقادات أو سبقتها أو ترافقت معها.

الباب الثاني: الفنيات المستخدمة في العلاج الاستعرافي السلوكي

٩١

الفصل الخامس : العلاقة بين المعالج
والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي

٩١

المعارف الأساسية

٩٥

التعامل مع المريض الصعب

٩٩

بناء الجلسات في العلاج الاستعرافي السلوكي

١٠٣

الفصل السادس : التقويم في العلاج

١٠٤

الاستعرافي السلوكي

١٢٠

أهداف التقويم وأهاليه
الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة للمشكلة

١٣٢

الفصل السابع : الأسئلة السocraticية
والاكتشاف الموجه

١٧٢

الفصل الثامن : سجل الأفكار

١٩١

الفصل التاسع: التجارب السلوكية وط
المشكلات

١٩١

التجارب السلوكية

١٩٩

ط المشكلات

٢٠٨

الفصل العاشر: فنيات متفرقة

٢٠٨

جدول النشاط

٢٠٩

فنية صرف الانتباه

٢١٢

فنية تحديد الأعياب الاستعرافية غير الفعالة

الفصل الطادي عشر: الفنيات المستخدمة
للاستبدال المضطوة

الفصل الخامس: العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستراتيجي السلوكي

الممارسات الأساسية

التعاطف مع المريض من الأمور التي يحرص عليها المعالجون النفسيون الذين ينتمون للمدارس النفسية الديناميكية منذ أن أكد فرويد على أهميته في العلاج التحليلي النفسي وحتى الآن (Burns and Auerbach, 1996). أما بالنسبة للمدارس العلاجية النفسية التي تعتمد على إجراءات محددة، مثل المدرسة السلوكية، تؤدي الهدف منها، كما يؤكد على ذلك أصحابها، حتى لو استخدمت من خلال شريط تسجيل، فيميل بعض المنتمين إليها إلى عدم التأكيد على أهمية العلاقة بين المعالج والمريض في نتائج العلاج. ولكن حتى في الحالات التي يستخدم فيها المعالج إجراءات واضحة ومحددة أحياناً يكون دور المعالج وأسلوبه في التعامل الشخصي مع المريض عاملاً مهماً في إنجاح العملية العلاجية وبالذات عندما تكون مشكلة المريض غير واضحة أو أن لديه نوع من التردد أو أنه يشعر بعدم الارتياح تجاه المعالج أو تجاه العلاج. هناك ما يشير إلى أن دفء المعالج وعلاقته الجيدة مع المريض ترفع من فعالية الفنيات العلاجية، في بعض الحالات على الأقل، حتى ولو كانت هذه الفنيات دقيقة وواضحة وقابلة للتطبيق بنفس الأسلوب بصرف النظر عن شخصية المعالج وعلاقته بالمريض. ولعل ذلك ما حدا ببعض المنظرين السلوكيين إلى القول بأن المعالج السلوكي الحقيقي هو من يراعي الدقة في تطبيق القواعد السلوكية في العلاج بأسلوب علمي وفي نفس الوقت يتفاعل مع المريض بدفء وتعاطف لكي يتمكن من تحقيق أكبر قدر من الفائدة للمريض (Goldfried & Davison, 1994).

وفي العلاج الاستعرافي السلوكي هناك أيضاً من يرى أن الفنيات الاستعرافية السلوكية، نظراً لكونها واضحة ومحددة، تؤدي أهدافها دون ما حاجة ملحة لتعاطف المعالج مع المريض . فهذا أليس Ellis 1996، أحد رواد العلاج الاستعرافي السلوكي، على سبيل المثال، ينظر إلى نداء العلاقة الشخصية مع المريض بشيء من الريبة على الرغم من أنه لا ينفي وجود فائدة محدودة لها: وفيما يلي بعض الملاحظات التي تطرق لها حول العلاقة الدافئة ذات الطابع التعاوني بين المعالج والمريض:

١- أحيانا تجعل المريض ينظر نظرة إيجابية للمعالج ويتفاعل معه بشكل جيد ويتصور أن الطريقة العلاجية التي يستخدمها المعالج فعالة حتى لو لم تكن في الواقع كذلك .

٢- قد تدفع بعض المرضى الذين كانوا ينوون حضور جلسات قليلة إلى الاستمرار في العلاج لفترات أطول ، وقد يساعدهم ذلك في الاستفادة من العلاج .

٣- قد يجد بعض المرضى صعوبة في تكوين علاقات مع الآخرين وإذا استطاعوا تكوين علاقة جيدة مع المعالج فقد يفيدهم ذلك في تعلم الكيفية التي يستطيعون بها تحقيق التفاعل الجيد مع الآخرين .

٤- يلتفت بعض المعالجين أنظار مرضاهم إلى جوانب القصور في أدائهم وفي تفكيرهم ومن المحتمل أن يقاوم هؤلاء المرضى هذه الملاحظات من قبل المعالج ما لم تكن علاقته بهم جيدة .

٥- يعتمد، الذين يركزون على أهمية العلاقات الينشخصية (Interpersonal relationship) في العلاج النفسي، كثيراً على قيام المعالج بتوجيه المريض أو تدريبه على تدبر علاقاته الاجتماعية بصورة جيدة في الجلسات ومن ثم خارجها. فإذا كان المريض لا يرتاح للمعالج أو لا يثق في العلاج فإن التدرب على العلاقات الينشخصية خلال فترة العلاج لن يسير بشكل مرضي .

٦- يأتي الكثير من المرضى للعلاج على أمل أن يجدوا من يفهمهم أو أن يكونوا علاقة غير مقيدة يعبرون خلالها عن مشاعرهم تجاه الآخرين وتجاه المعالج نفسه دون خوف فإذا لم يتوفر لهم ذلك في العلاج فقد يتوقفوا عنه .

٧- يتطلب العلاج الاستعرافي السلوكي قيام المريض بواجبات منزلية صعبة، وقد يقوم المرضى بهذه الواجبات ليس بهدف الاستفادة منها ولكن سعياً وراء كسب رضا المعالج ، ومهما كان السبب فقد يستفيدون من ذلك (Ellis, 1996) .

* معظم المعالجين الاستعرافيين السلوكيين، على كل حال، يؤكسدون على أهمية علاقة المعالج بالمريض وعلى دورها في العملية العلاجية أكثر مما فعله أليس . فالعلاقة الإيجابية بين المعالج والمريض مع الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح. يفترض في المعالج الاستعرافي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المريض قوامها معالج يتصف بالدفء والتعاطف والصديق مع مرضاه، ويجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات وأفكار ومشاعر المريض وفي ما يبذلها المعالج في سبيل جعل العلاج مختصر وفعال يساعد المريض على التحسن بسرعة.

كما أن من أهم ركائز العلاج الاستعرافي السلوكي الطبيعة التعاونية (Collaborative) في تنفيذ العلاج والتي تبدأ في أول جلسة وتستمر حتى نهاية العلاج. وتتطلب هذه العلاقة التعاونية :

- ١- دور نشط لكل من المعالج والمريض في سبيل تحقيق هدف واحد .
- ٢- أن يبلغ المعالج المريض أن لديه (المريض) معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانيه من مشكلات. لدى المعالج الفنيات والأسلوب العلاجي الملائم ولدى المريض كل المعلومات عن خبراته الفريدة وهو الشخص الوحيد الذي

- بمستطيع شرح أفكاره ومشاعره . هذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوى المعالج تطبيقها.
- ٣- أن يسمح للمريض بإبداء رأيه والتعليق على ما يجري وطرح الأسئلة لكي يكون بإمكانه معرفة أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعد في التوصل إلى اتخاذ القرارات واختيار البدائل التي تؤدي إلى تحسن حالته على أسس وثيقة (Padesky & Greenberger, 1995).
- ٤- أن يتعامل المعالج مع وجهات نظر المريض بكل جدية ويتحدى الظهور بمظهر الشخص الذي يعرف كل شيء كرمز للقوة (Beck In: Beck, Wright, Newman & Lies, 1993).

وفي العلاج الاستعرافي السلوكي يستخدم المعالج في الوقت المناسب وبحكمة الانكشاف الذاتي Self disclosure لمساعدة المريض على النظر إلى مشكلته بطرق مختلفة: انكشاف ذاتي صادق ومرتبطة بالموضوع كما حدث في المثال التالي :

المعالج : عندما كنت في الكلية يا صالحي ، كنت أجد صعوبة في الذهاب إلى الأستاذ لطلب المساعدة لاعتقادي بأن ذلك يظهر جهلي أيضاً . وبصراحة كانت نتائج هذه المقابلات مختلفة: أحياناً يقدم الأستاذ لي المساعدة ويعاملني معاملة حسنة ولكن حدث مرة وأن قسابلني أحد الأساتذة بفظاظة وأبلغني أن على أن أعيد قراءة الفصل أو أتبرر أمرى بنفسى . القصد هنا هو أن عدم فهمي لشيء ما لا يعنى أنني غير كفء ، أما بالنسبة للأستاذ الذي كان قظاً معى فأتصور أن ما فعله يدل على نوع شخصيته أكثر منه على شخصيتى ، ما رأيك فى ذلك ؟ (J.Beck, 1993).

المعالجون الاستعرافيون السلوكيون إذن يناهون بضرورة دفء المعالج وتعاطفه مع المريض ولكهم يختلفون عما يذهب إليه روجرز Rogers فى هذا الخصوص . فبالنسبة لروجرز يعتبر الدفء والعلاقة المتعاطفة عامل أساسى وكاف فى إحداث تغييرات فى شخصية المريض بينما المعالجون

الاستعرافيون السلوكيون يرون أن الدفء والعلاقة المتعاطفة ضرورية لكنها غير كافية لإحداث التغيير في شخصية المريض.

التعامل مع المريض الصعب

أحياناً يواجه المعالج الاستعرافي السلوكي، كما يحدث لغيره من المعالجين النفسيين، بعض المواقف (غضب المريض أو عدم ارتياحه للمعالج أو للعلاج) التي تتطلب منه استخدام التعاطف بشكل يساعده على احتواء الموقف وتهدئة المريض ثم العودة إلى استخدام فنيات العلاج الاستعرافي السلوكي. وقبل الحديث عن بعض الفنيات التي قد تستخدم في هذا المجال لا بد من التأكيد على أنه يجب على المعالج أن يستخدم هذه الفنيات بشيء من الحذر (عدم المبالغة في استخدامها أو الاكتفاء بها) حتى لا يؤدي استخدامها لهذه الفنيات إلى تدعيم بعض السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض. وفيما يلي بعض الإجراءات التي من الممكن استخدامها والظروف التي تستخدم فيها:

فنية خفض الغضب:

وفي هذه الفنية يسلم المعالج بأن في ما يقوله المريض الغاضب شيء من الصحة حتى ولو بدأ كلامه غير منصف وغير منطقي وتبني هذه الفنية على مقولة بيرنز Burns 1989 : "إذا اتخذت موقفاً دفاعياً تجاه انتقاد غير صحيح وجهه لك المريض فإنك في الغالب تحيله إلى حقيقة في ذهنه. وفي المقابل إذا أظهرت شيئاً من الموافقة على صحة بعض جوانب الانتقاد فإنك في الغالب تضعف درجة تصديق المريض به".

ولتوضيح ذلك خذ على سبيل المثال الشكوى التي تصدر من بعض المرضى والتي تتضمن أن المعالج لم يقدم المساعدة اللازمة ولم يظهر الفهم والاهتمام بما فيه الكفاية بالمريض. قد يعبر عن ذلك بطرق مختلفة ولكن هذا هو جوهر الشكوى. يشعر الكثير من المعالجين أمام ذلك برغبة

في الدفاع عن النفس ويلجأ البعض منهم إلى استخدام الاستجابة التالية (أريد منك أن تعرف أنني أهتم بك وأفهم معاناتك ، وأعتقد أننا على الرغم من أنك تشعر الآن بأنك لا تحصل على ما تريد ، حققنا بعض النتائج الجيدة وأن لدى القدرة على مساعدتك). ومع أن هذه الاستجابة طرحت عن حسن نية بهدف مساعدة المريض وأن بعض المرضى قد يرتاح لها إلا أن ما يقوله المعالج في الواقع هو (أنا على حق وأنت مخطئ). لم يقم المعالج باستكشاف شعور المريض بالغضب وبعدم الثقة بقدر ما قاله دفاعاً عن نفسه . مضمون ما قاله المعالج هو (أنا مصيب وأنت أخطأت لأنك لم تترك المسألة كما أراها أنا). كلام المعالج عبارة عن إطراء ذاتي يؤكد صحة انتقاد المريض.

ما قاله للمريض لا يخلو من الحقيقة فهو يشعر بأن حالته لم تتحسن وكلامه تعبير عن ما يشعر به . هذا لا يعنى بالضرورة أن المريض لم يستفد من العلاج ولكنه في هذه اللحظة يشعر بالضيق . كان بإمكان المعالج أن يسلم بصحة انتقاد المريض بالقول (لقد قلت شيئاً مهماً ، وأنا أوافق معك. درجاتك على مقياس الاكتئاب ومقياس القلق تشير إلى أنك لست على ما يرام خلال الأسابيع الماضية . كما أنني لاحظت بعض التوتر في العلاقة بيننا ، وأنا غير راضٍ عن مستوى فهمي لمشاعرك ، أعتقد أنك تشعر بشيء من الإحباط وبعدم الرضى عني. هل فهمت ما كنت تقصده ؟ أو أن لديك المزيد حول ما تشعر به حول الموضوع ؟

تسليم المعالج بأن العملية العلاجية قد فشلت إلى حد ما يزيد من احتمال نجاحها فيما بعد لأنه يظهر أن المعالج والمريض يعملان في خندق واحد نحو تحقيق هدف مشترك هو تحسن حالة المريض (روح الفريق كما تؤكد الطبيعة التعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي) . تصديق المعالج لانتقاد المريض يخفف من آلامه ويرفع درجة ثقته في المعالج وفي العلاج وفي نفسه .

قد يكون لدى المريض نفس الشعور تجاه الكثير من الناس وليس المعالج فقط، ومن المحتمل أن لا أحد منهم يعترف بصحة ما يقوله المريض . وهكذا فقد يكون ما حدث شيء غير مسبوق . قد تكون هذه هي المرة الأولى التي يستمع شخص ما للمريض ويسلم بصحة إدراكه السلبي لحالته.

التعاطف مع محتوى كلام المريض والتعاطف مع مشاعره:

التعاطف مع محتوى كلام المريض هو إعادة كلمات المريض لكي يعرف أن المعالج قد سمع وفهم ما يريد إيصاله . ببساطة يقول المعالج (يبدو أنك قلت.....) (أو عبارة مشابهة) ثم يعيد كلمات المريض بأكبر قدر ممكن من الدقة. وبعد ذلك يقوم المعالج بإيضاح ما يحتمل أن يكون عليه شعور المريض. في الحالة الثانية يتعاطف المعالج مع مشاعر المريض.

على سبيل المثال إذا قال المريض (أنا أتردد عليك منذ ١٨ شهراً واليوم أشعر بالاكئاب أكثر من أي وقت في حياتي) فيمكن المعالج التعاطف مع محتوى كلام المريض والتعاطف مع مشاعر المريض على النحو التالي:

(تقول أنك تحضر الجلسات منذ ١٨ شهراً ومع ذلك فإنك تشعر بالاكئاب أكثر من أي وقت مضى أتصور أنك تشعر بالإحباط وربما بالغضب تجاهي هل أنت كذلك؟).

ولعكس محتوى كلام المريض وعكس مشاعره العديد من المزايا :

- ١- يساعد المعالج على استيعاب الرسالة التي يريد المريض إيصالها بشكل جيد ويعطيه مزيد من الوقت للتفكير فيما سوف يقوله .
- ٢- يشعر المريض بالارتياح لأن المعالج أصغى وأهتم بما يقوله .

سعة البال:

ومن ذلك أن يعبر المعالج عن احترامه للمريض في وقت يكون فيه صعوبة في التفاعل بينهما. يجد الكثير من الناس صعوبة في الجمع بين الغضب والمحبة أو الاحترام ويتوقعون أن نهاية الخلاف هي العقوبة أو الرفض. تؤكد المعالج للمريض أن مناقشة غضبه أو عدم ثقته في المعالج أو العلاج بصراحة سوف تقوى العلاقة بينه وفي المعالج وتجعل المريض يعبر عن نفسه بصراحة بدون تحفظ. أريحية المعالج ودفقه وارتياحه واهتمامه بما يقول المريض يعكس احترامه للمريض.

يستطيع المعالج إظهار سعة البال لفظياً أو سلوكياً (بطريقة صامتة). على سبيل المثال:

قد يظهر للمعالج سعة باله لفظياً: أعتقد أنك غاضباً جداً وتعتقد أنه قد أسىء فهمك في هذه اللحظة ولكن اعتقد أن النقاش بيننا سوف يؤدي في نهاية الأمر إلى الفهم والاحترام المتبادل؛ مع أخذ ذلك بعين الاعتبار هل لك أن تخبرني أكثر عن ما تفكر وتشعر به ؟. هذه العبارة تؤكد للمريض بأنفسه أن يفقد احترام المعالج أو يرفض من قبله مهما قال (المريض)، كما أن المعالج لا يتوقع أن يرفض هو أيضاً. هذا التصرف يسهل عملية التفاعل بين المعالج والمريض ويزيد من الشعور بالثقة.

وكما ذكر من قبل تطبق هذه الفنيات تبعاً للحاجة إليها مع المرضى الذين يظهرون الغضب أو عدم الثقة تجاه معالجهم أو الذين يبدو عليهم الانزعاج ويرغبون في طرح ومناقشة ما يزعجهم سواء كان انزعاجهم مرتبط بالمعالج أو بشخص أو شيء آخر. وبعد التعامل مع المشكلة يعود المعالج إلى استخدام الفنيات الاستعرافية الأخرى لتغيير الأفكار والمشاعر والسلوك. والتفريق بين الفنيات المتعاطفة والفنيات الاستعرافية السلوكية لا يعني أن المعالج الاستعرافي السلوكي لا يتعاطف مع المريض لأن العلاج الاستعرافي السلوكي، كما أشير إلى ذلك من قبل، يؤكد على

ضرورة استخدام الفنيات الاستعرافية السلوكية مع المحافظة الدائمة على احترام المريض والتعاطف معه (Burns & Auerbach, 1996) وإنما المقصود هنا هو التركيز على الفنيات المتعاطفة أكثر عند الحاجة.

بناء الجلماء في العلاج الاستعرافي السلوكي

العلاج الاستعرافي السلوكي علاج قصير المدى يتراوح عدد جلساته في معظم الحالات ما بين ٤-١٤ جلسة (J. Beck, 1995). وقد يتطلب الأمر في حالات معينة زيادة عدد الجلسات . ومن المفضل أن تكون الجلسات بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع (أو أكثر إذا كان المريض يعاني من أزمة بشكل أو بآخر) . أما فيما يتعلق بطول الجلسة فإن الخمسين دقيقة المتعارف عليها في أنواع العلاج النفسي الأخرى كافية هنا أيضا (Trower, Casey and Dryden, 1992).

يبدأ العلاج بعلمية التقييم الاستعرافي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين ١-٣ جلسات والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المريض (كما هو موضح في الجزء الخاص بالتقييم الاستعرافي السلوكي) . وقد يستخدم فيها الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات ، (ماذا ، متى ، أين ، وكم مرة) . ومن المفضل أن يقوم المريض بما يلي بعد الجلسات التقييمية وحتى نهاية العلاج:

أ / يستمع المريض لما دار في الجلسة إذا كان قد تم تسجيلها أو يقرأ ما لديه من ملاحظات حول ما دار في الجلسة للتأكد من أن ما دار في الجلسة يعكس حالته فعلاً وللاستفادة من النقاط الرئيسية التي تم التطرق لها في الجلسة.

ب/ إكمال الواجبات المنزلية التي تم الاتفاق على القيام بها (تسجيل الأفكار السلبية في السجل الخاص بذلك والقيام بالسلوكيات المطلوبة الأخرى).

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي :

١- التعرف على الحالة الوجدانية للمريض :

في الغالب يقوم المريض قبل البدء في الجلسة بإكمال مقياس (الاكتئاب أو القلق) وذلك لشيوع هذين الاضطرابين لدى المرضى . ولكن من الممكن استخدام ما يلائم المريض من المقاييس الأخرى . ويستحسن أن تتم مقارنة نتائج المقياس المستخدم مع التقرير الذاتي للمريض : المقياس يوحي بكذا ؟ كيف بدأ لك الأسبوع الماضي ؟ في الغالب يكون هناك تطابق كبير بين التقرير الذاتي للمريض وبين درجة المقياس . وإذا لم يكن الأمر كذلك كأن يقول المريض ... أعرف أن الدرجة أقل من تلك التي حصلت عليها آخر مرة ولكنني أشعر بأنني لست على ما يرام ، فمن الأفضل قيام المعالج باستكشاف الأسباب الممكنة لعدم شعور المريض بالارتياح .

٢- وضع جدول عمل لما سيدور في الجلسة :

يناقش ذلك مع بداية الجلسة ، وقد يبدأ المعالج بالآتي : قبل أن نبدأ أود أن أوضح ما نود عمله اليوم ، أو بمعنى آخر نقرر ما نريد عمله وسوف نقوم بذلك مع بداية كل جلسة. بعد استعراض الجدول يشرح المعالج للمريض بعض الأمور مثل كون الوقت محدد ، وأنه من المهم أن تناقش أكثر الأمور أهمية (إذا لم يكن قد أوضح ذلك من قبل). ويشتمل جدول العمل على اعداد قائمة بالمواضيع الأساسية للجلسة الحالية ومراجعة ما حدث بعد الجلسة السابقة، والتعليق على الجلسة السابقة واستعراض الواجبات المنزلية .

٣- المواضيع الأسبوعية :

تراجع باختصار ، ولكن بطريقة مقبولة ، الحوادث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة ، ثم يطلب من المريض إيداء رأيه فيما تم حتى الآن ، وبعد ذلك تراجع الواجبات المنزلية وتناقش المشكلات التي اعترضت المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية والحلول الملائمة لها .

٤- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية :

يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة . يتم استخدام الاستراتيجيات الاستعرافية والسلوكية (الباب الثاني من هذا الكتاب) التي تساعد المريض على التعامل مع الاعتقادات والأفكار السلبية والصعوبات التي واجهت المريض . وتختلف المواضيع التي تناقش هنا من جلسة لأخرى وكذلك تختلف الاستراتيجيات المختارة تبعاً لنوع الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض (أنظر النماذج والخطط الاستعرافية السلوكية للاضطرابات النفسية - الباب الثالث).

٥- الواجب المنزلي للجلسة القادمة :

ترداد فائدة هذه الواجبات إذا ما روعيت النقاط التالية خلال إعدادها :

أ / تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة .

ب/ تعرض بطريقة محددة وواضحة . وتعد بطريقة تجعل المريض يلاحظ نجاحه في القيام بها .

ج/ تكون مفهومة ومقبولة للطرفين (مثلاً الهدف هو اختبار صحة الفكرة التي تنور حول عدم قدرتي على القيام بأي شيء وليس للتعرف على ما سوف يحدث).

د / تصمم بطريقة لا يخسر فيها المريض؛ أي أن المريض سوف يتعلم شيئاً مفيداً سواء تم أم لم يتم التوصل إلى النتيجة المرغوبة . ولتقادي سوء الفهم يجب أن يكتب الواجب المنزلي وكذلك الهدف منه

كما يجب تسجيل (كتابة) ما تم فعله والنتائج التي خرج بها المريض . يحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجبات المنزلية لذا من المهم أن يناقش المعالج مع المريض الصعوبات التي من الممكن أن تحدث في المستقبل، وكذلك الإجراءات التي من الممكن اتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات .

٦- التعرف على وجهة نظر المريض حول ما دار في الجلسة : في هذه المرحلة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل وتلخيص ما تعلمه ورأيه في الموضوع. ويجب التأكيد على أنك سوف تتقبل وترحب بأي ملاحظة، مهما كان نوعها، لأن ذلك يساعد على التفاهم ويجعل المعالج في موقف يسمح له بأن يتصوف بطريقة منسجمة مع ما يشعر به المريض فعلاً (Wills and Sanders, 1997; Fennell, 1991).

الفصل السادس: التقوية في العلاج الاستعرافي السلوكي

تمهيد

يركز العلاج الاستعرافي السلوكي أثناء عملية التقويم على تفسيرات المريض لما يعترضه من مواقف على اعتبار أن التمثيل الاستعرافي لهذه المواقف أهم، بالنسبة له، من المواقف نفسها (Berman, 1997). ويعطى الأولوية لمشاكل محددة بدلاً من التعامل مع المشكلات بشكل عام. ويستخدم المعالج الاستعرافي السلوكي المقاييس الموضوعية المعدة مسبقاً كجزء مع عملية التقويم بالإضافة إلى المقابلة والقياس المباشر الذي يعتمد على تقييم المريض لحالته في نفس اللحظة سواء في الجلسات العلاجية أو خارجها وطرق أخرى سوف يأتي نذكرها في الصفحات التالية .

ولكي تحقق عملية التقويم والعلاج ككل أهدافه يفترض أن يكون المعالج الاستعرافي السلوكي قادراً على الاستماع والملاحظة بطريقة موضوعية ومتعاطفة في آن واحد. كما يفترض أن تكون لديه القدرة على التركيز على الآخرين وليس على نفسه.

وفي الوقت نفسه يجب أن يكون قادراً على القيام بدور توجيهي وتعليمي وقادراً على توجيه الأسئلة الملائمة التي تساعد المريض في عملية التوصل إلى المعلومات التي تساعده في فهم ما يحدث في داخله أو ما يحدث من حوله بطرق غير تلك الطرق التي ساهمت في ألمه النفسي. ويفترض أيضاً أن يكون المعالج الاستعرافي السلوكي قادراً على تقديم التغذية الراجعة الملائمة التي يلخص من خلالها المعنى الظاهر وغير الظاهر في الأوقات المناسبة لمساعد المريض على إدراك العلاقات التي تجمع ما تبدو وكأنها جوانب متباينة لما يشكو منه (Kirk, 1991) .

يفترض في المعالج الاستعرافي السلوكي أيضاً أن يتوقع ويتقبل حدوث اكتشافات جديدة حول مشكلة المريض خلال تعامله معه من البداية حتى النهاية

وبالتالي يكون على استعداد لإعادة النظر في صياغة المشكلة وفي الفئوتات العلاجية المستخدمة وتعديلها أو تغييرها عند الحاجة (Blackburn & Twaddle, 1996) وبصورة عامة فإن الخصائص التي يفضل توفرها لدى المعالج في الأساليب العلاجية الأخرى يفضل توفرها أيضا في المعالج الاستعرافي السلوكي. لابد وأن يشعر المريض بالاطمئنان لكي يفضي بالمعلومات المهمة والمؤلمة خلال المقابلة والعلاج وحدث مثل ذلك مرهون في الغالب بنفء المعالج وقدرته على إقناع المريض بأن ما يقال يحاط بسرية تامة وأنه ملتزم بمساعدة المريض في التخلص من الصعوبات التي يعاني منها (Kirk, 1991). وفي الغالب تتم عملية التقويم المبدئية التي تسمح للمعالج بصياغة مشكلة المريض (فروض مبدئية) في الثلاث جلسات الأولى (Blackburn & Twaddle, 1996). وسوف نبدأ بالحديث عن أهداف التقويم في العلاج الاستعرافي وأساليبه ثم الحديث عن الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة للمشكلة

أولا: أهداف التقويم وأساليبه

(١) أهداف التقويم

تهدف عملية التقويم الاستعرافي السلوكي إلى (١) صياغة المشكلات في إطار النظرية الاستعرافية السلوكية: يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي على الطريقة التجريبية وتبعاً لذلك تخصص الجلسات الأولى لصياغة الفرضيات المبدئية وخطة العلاج ، وبعد ذلك تفحص الفرضيات فيما يتبع من واجبات منزلية وجلسات علاجية وتعدل إذا لزم الأمر (٢) شرح طريقة العلاج الاستعرافي السلوكي للمريض: يبلغ المريض أن التقويم والعلاج الاستعرافي السلوكي يعتمد إلى حد كبير عليه وأن مهمة المعالج هي مساعدته على تطوير المهارات اللازمة ليس فقط للتغلب على مشاكله الحالية بل للتغلب أيضاً على ما قد يواجهه مستقبلاً من مشكلات مشابهة ، كما يؤكد المعالج على أهمية الواجبات المنزلية ويشير إلى أن الجزء الأساسي من العلاج سوف يطبق خارج

الجلسات العلاجية وكذلك يؤكد على الطبيعة التعاونية للعلاقة العلاجية التي تشمل على مشاركة المريض في جمع المعلومات وإبداء الرأي في فعالية العلاج وتقديم المقترحات (إن وجدت) حول الاستراتيجيات الجديدة . ثم تقدم المعلومات الخاصة ببناء العملية العلاجية في هذه المرحلة على سبيل المثال كم عدد الجلسات ، مدة الجلسة ومكان الجلسة وبعد ذلك يقوم المعالج بشرح النموذج الاستعرافي السلوكي لتطور الاضطرابات النفسية واستمرارها (انظر النماذج الاستعرافية للاضطرابات النفسية في الباب الثالث من هذا الكتاب) ولت انتباه المريض إلى المتغيرات الداخلية والخارجية التي لم ينظر إليها كمعامل مرتبطة بالمشكلة؛ يسأل المريض عن المواقف ، الحالة الجسمية ، الجانب الاستعرافي، العوامل البيئية الشخصية والسلوكيات الظاهرة وكيف أنه من الممكن أن يؤثر كل من هذه المتغيرات على المشكلة كجزء من عملية تنقيف المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي خلال المراحل الأولى للعلاج ، وتساعد هذه المعلومات في تطابق توقعات كل من المعالج والمريض فيما يتعلق بالعلاج ؛ إذا لم يكن هناك توافق في هذه التوقعات فقد لا يستمر المريض في العلاج (٣) البدء في العملية العلاجية: تلعب مقابلة التقويم دوراً هاماً في بداية العملية العلاجية. يطرح المريض في الغالب عدد كثير من الصعوبات التي يصعب الفصل بينها ، وعندما يقوم المعالج بتوضيح الفروق بين هذه الصعوبات يكون من الممكن خفض عددها إلى درجة يصبح من الممكن معها التعامل مع هذه الصعوبات وبالتالي يدرك المريض أنه من الممكن إحداث تغييرات فيها ، فقد يشكي المريض مثلاً من سلسلة من المشكلات تحتوي على الميل إلى البكاء ، الحزن ، عدم الاستمتاع بالحياة ، الشعور بالتعب، النوم المضطرب ، كره الذات واليأس ثم يشعر بالارتياح إذا علم أن كل هذه المشكلات عبارة عن الأعراض المألوفة لمشكلة واحدة (الاكتئاب)، وهو أحد الأمراض التي من الممكن علاجها بطرق متعددة. وفي المقابل يعتقد بعض المرضى خطأ أن الصعوبات التي يواجهونها عبارة عن مشكلة واحدة. على سبيل المثال قد يعتقد أحد المرضى أن لديه

مشكلة واحدة أساسية؛ عدم القدرة على التحكم في نفسه ولكنه يشعر بالارتياح عندما يتضح له خلال عملية التقويم أن لديه بدلاً من ذلك مشاكل متداخلة مثل العادات الغذائية غير الصحية ، والصعوبة في العمل وفي العلاقات البينشخصية وهي مشاكل من الممكن أن تعالج بصورة منفصلة (٤) تحويل تركيز المريض بحيث يتجه إلى إمكانية إحداث تغييرات إيجابية بدلاً من الانغماس بصورة مستمرة في المشكلات نفسها ، وكذلك وضع حدود لما يمكن تحقيقه من خلال العلاج؛ فمن غير الملائم مثلاً أن يكون هدف المريض الذي يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة التخلص من جميع المشاعر الغير سارة ولكن بإمكانه أن يتوقع أنه سوف يصبح قادراً على الذهاب إلى السوق المركزي دون وجل (٥) جعل المريض يدرك أنه من الممكن إحداث تغييرات في شدة الضيق الذي يعاني منه من خلال تفحص المتغيرات الداخلية أو الخارجية التي تمر عليه وأن المسألة ليست شيئاً مفروضاً عليه من الخارج بصورة اعتباطية ، ويفهم ضمناً أنه ما دام أنه من الممكن توقع حدوث مثل هذه التغييرات في شدة الضيق فإنه من الممكن أيضاً التحكم في المشكلة (محاولة ربط الحوادث التي تمر على المريض بانفعالاته) و(٦) ومن الأهداف الهامة أيضاً لعملية التقويم التأكد مما إذا كانت المشكلة تستوجب الحل بصورة مستعجلة؛ على سبيل المثال إذا كان المريض مكتئباً فلا بد من تقويم الميول الانتحارية لديه، وإذا كانت الشكوى تدور حول صعوبة التعامل مع الأطفال فلا بد من استكشاف احتمال تعرضهم للضرب مثلاً .

وباختصار فإن الأهداف الأساسية للتقويم السلوكي الاستعرافي هي التوصل إلى اتفاق حول صياغة الفرضيات ووضع خطة العلاج مع المريض وشرح أسلوب العلاج الاستعرافي السلوكي في إطار النظرية الاستعرافية للمريض بهدف مساعدته على إدراك العلاقات بين العوامل المرتبطة بالمشكلة ودورها في استمرار أو التخلص منها والبدء في عملية التغيير والتعرف على المشكلات التي تتطلب علاجاً سريعاً .

وقد يكون من المناسب تذكير المعالج وبالذات المعالج المبتدئ بأنه

يجب تقادي استخدام (لماذا) في الأسئلة قدر الاستطاعة ، لأنها في الغالب تدفع المريض إلى القول (لا أعرف) ، أو تقديم شرح مطول عن نشوء المشكلة على طريقة الأشخاص غير المتخصصين . الأسئلة مثل (ما هي الصعوبة التي واجهتك في المشكلة ؟) أو (كيف استطعت أن تبقى هادئاً في الموقف ؟) تستثير معلومات أكثر تفصيلاً عن العوامل المتعلقة باضطرابات معينة .

(٢) أساليب التقويم

يعتمد المعالج الاستعرافي السلوكي، بشكل كبير في تقويم مشكلة المريض على (١) المقابلة السلوكية وعلى (٢) المراقبة الذاتية. ولكنه وفقاً لطبيعة المشكلة التي يتعامل معها قد يستخدم طرق متعددة لتقويم المشكلة مثل مقابلة المهيمن في حياة المريض والملاحظة المباشرة (عن طريق لعب الأدوار والاختبارات السلوكية مثلاً) والمقاييس الفسيولوجية.

(١) المقابلة السلوكية

لا يعرف الكثير من المرضى ما الذي يمكن توقعه في مقابلة التقويم لذا من المهم أن تجعل المريض يشعر بالارتياح وتكون علاقة أليفة معه بعد أن تقرأ خطاب الإحالة (إن وجد) .

يفضل أن تستمع جيداً لما يقوله المريض حول مشكلاته. من المحتمل أنه صرف الكثير من الوقت في التفكير في هذه المشكلات. ولكن من الممكن أن يسيء المريض تفسير ما هو مطلوب ويخل في تفصيل تاريخي للمشكلة وهو الأمر الذي قلما يفيد في هذه المرحلة . من المهم أن تستمع بعناية وتشعر المريض بأنك مهتم بما تسمع . طرح بعض التعليقات مثل (من الواضح أن الأمر مزعج بالنسبة لك) يساعد المريض على الاستمرار ويبني الألفة بينكما . التلخيص وإعادة صياغة ما قاله المريض ، وعكس المشاعر يجعل المريض يشعر بأن المعالج يفهم ما يقوله . على سبيل المثال بعد الاستماع لشرح مطول لمشكلة المريض بإمكان المعالج القول (إذا لم أكن مخطئاً فأنت تقول أنك

حاولت جاهدا أن ترضى الآخرين وأن تضع سعادتهم قبل سعادتك ولكن ذلك يجعلك تشعر بأنك مجهد إلى حد كبير أحيانا هل هذا صحيح؟ . قد يستمرسل المريض في الحديث عن موضوع معين إذا شعر بأن المعالج مهتم بذلك وبالإمكان جعله يشعر باهتمامك به سواء بصورة لفظية أو غير لفظية . وفي هذه المرحلة يجب على المعالج أن لا يسمح لإدراكه الأولي لمشكلة المريض بأن يؤثر على أسئلته أو تفسيره لاستجابات المريض .

يجد بعض المرضى صعوبة في وصف مشاكلهم أو يصفونها بشكل غامض عندئذ ربما يكون من المفيد استخدام أسئلة مثل "هل بإمكانك أن تصف لي ما حدث عندما غضبت آخر مرة؟ متى حدث ذلك؟ ما الشيء الذي لاحظته أولا؟ ما التغييرات التي حدثت في حياتك بعد ظهور هذه المشكلات؟" ما الذي تخلت عنه بسبب هذه المشكلات؟ المطلوب في هذه المرحلة التي قد تكون لمدة ٥ أو ١٠ دقائق هو الخطوط العريضة للمشاكل . يقوم المعالج بملاحظة المؤشرات التي تدل على العوامل التي سبقت المشكلات وساعدت على استمرارها لاستخدام ذلك فيما بعد في المقابلة.

ومن المفيد أن تقدم للعميل ملخصا للمشاكل وتحصل على موافقته على صحة ما تم تلخيصه . يستطيع المعالج القول (يبدو أنك تعني أنك قلق حول ابنك وكذلك موقف زوجتك حيال الموضوع . هل فهمت أنا ما تقوله بصورة صحيحة؟ هل هناك مشاكل أخرى؟ إذا كان هناك أكثر من مشكلة فيجب أن يتفق المعالج والمريض على المشكلة التي يجب أن يتم التدخل فيها قبل غيرها.

وبعد ذلك يتحول التركيز إلى التعرف على الكيفية التي بدأت بها كل مشكلة وكيف تطورت وعلى الطريقة التي سارت بها المشكلة (قد تستمر بشكل ثابت أو قد تزداد سوء أو قد تتأرجح بين الشدة والانفراج) وعلى التعرف على العوامل المهمة (يسأل المريض عن الأمور التي قد يكون لها علاقة بتطور مشكلاته الحالية. فإذا كان الشخص يعاني من الاكتئاب مثلا فمن المستحسن أن يسأل عن تاريخ الاكتئاب في عائلته وعن الانفصال عن والديه أو عن من كان

بمسئولا عن تربيته خلال طفولته).

يلي ذلك التركيز على التحليل السلوكي للمشكلة ويهدف إلى اكتشاف طبيعة المشكلة (من خلال الوصف التفصيلي لها وتحديد وقت ومكان وشدة وتكرار حدوثها) والكيفية التي استمرت بها، وكيف تتدخل المشكلة في ممارسة المريض لحياته اليومية، وما إذا كانت المشكلة تخدم أهدافاً معينة للمريض. ويمكن تحقيق ذلك من خلال وصف السياق الذي حدثت فيه المشكلة واستكشاف العوامل التي تؤثر في سير المشكلة والتعرف على ما ترتب على حدوث المشكلة (العواقب) بما في ذلك تجنب هذه العواقب. ويندرج تحت السياق الذي تحدث فيه المشكلة عوامل موقفية (تسوء المشكلة في موقف معين)، عوامل سلوكية (يرتبط ظهور المشكلة بسلوكيات معينة)، عوامل وجدانية (ظهور القلق عندما يزداد حماس المريض تجاه شيء معين مثلاً)، عوامل بينشخصية: العوامل المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي (وجود طفل يساعد أحياناً من يعاني من الخوف المرضي في تخطي الموقف دون خوف)، عوامل فسيولوجية (قد يؤثر التعب، الدورة الشهرية، الإكثار من شرب القهوة بشكل أو بآخر على المشكلة) والعوامل الاستعرافية (الأفكار التي تجول في المريض أثناء حدوث المشكلة والاعتقادات الموجودة لديه حول المشكلة). وسوف نتحدث بشيء من التفصيل عن العوامل الاستعرافية لدورها الأساسي، وفقاً للنظرية الاستعرافية السلوكية، في ظهور الاضطرابات النفسية وفي استمرارها وعلاجها وعلى التجنب الذي يلعب دوراً بارزاً في استمرار هذه الاضطرابات (Kirk, 1991).

١- تحديد الأفكار

لا يجد بعض المرضى صعوبة في تحديد الأفكار السلبية لديهم في بداية العلاج، بينما يتطلب البعض الآخر بعض التدريب حتى يكون باستطاعتهم التعرف على الأفكار التي تثير المشكلات لديهم. هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار: أولاً:

قد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها، ثانياً: الخيالات المرئية تلعب دوراً بارزاً في القلق، وقد تكون فترة ظهور هذه الخيالات قصيرة جداً (أقل من ثانية) مما يجعل الفرد لا يعيها أو يتذكرها وبالإضافة إلى ذلك قد تكون الأفكار المرتبطة بالقلق غريبة (يرى واحد نفسه وهو ميت، أو يغني عليه في السوق المركزي، أو يصرخ بينما ينظر إليه الآخرون بذهول وما شابه ذلك). وهذا يجعل بعض المرضى يترددون كثيراً في مناقشتها قبل أن يعرفوا أن مثل هذه الأفكار شيء طبيعي مع القلق المرتفع و ثالثاً : نظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق يحاول بعض المرضى تقاديبها بطريقة ظاهرة أو باطنة . قد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة أو للتخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف ، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً . في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض . ومن الطرق المفيدة هنا أن يسأل المعالج نفسه (هل سينتابني القلق كما حدث للمريض لو أن هذه الأفكار مرت بي وصدقت بها ؟ إذا كان الجواب لا فقد تكون الأفكار التي أوردها المريض غير دقيقة أو أنها في حاجة إلى المزيد من الإيضاح . وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية . ومن أشهر هذه الفنيات طريقة (مناقشة أحدث الخبرات الانفعالية) .

١- مناقشة أحدث الخبرات الانفعالية :

في هذه الطريقة يطلب من المريض تذكر أحدث حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالوضع الانفعالي لديه على أن تكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيداً . يصف المريض الحادثة بشيء من التفصيل ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة مثل (ما الذي خطر في ذهنك

أنا ذلك ؟) (هل تخيلت شيئاً في تلك اللحظة ؟) ، (ما هو أسوأ ما توقعت حدوثه عندما كنت قلق جداً ؟) .

درجة تصديق المرضى بالأفكار المرتبطة بالقلق تختلف باختلاف مستوى القلق . عندما يكون المريض هادئاً يكون بإمكانه أحياناً إدراك عدم معقولية أفكاره ومن ثم محاولة تجاهلها . على سبيل المثال أجاب أحد المرضى بنوبات فزع والذي كان قلقاً حول وجود خلل ما في قلبه على السؤال (ما الذي يخيفك في نوبات الفزع ؟) بقوله (كنت اعتقد إنني سوف أصاب بنوبة قلبية ، على كل حال أخبرني طبيبى بأن قلبي سليم لذا أنا الآن أفكر في للقلق فقط) . ولكن لو أنه سئل السؤال التالي (ما هو أسوأ شيء تفكر في حدوث أثناء إصابتك بنوبة الفزع ؟) فقد يكون جوابه (على الرغم مما قاله له طبيبى ، عندما أكون تحت وطأة نوبة الفزع ، أتصور إنني سوف أصاب بنوبة قلبية) .

يجب على المعالج عند إعداد قائمة بالأفكار المرتبطة بمشكلة معينة أن يحاول إيجاد الصلة بين إحساس معين أو مجموعة أحاسيس وبين تفسيرات معينة ، وبالإمكان تحقيق ذلك من خلال إعداد قائمة بكل الأحاسيس التي مرت بالمرضى أثناء المشكلة . ومن ثم يطلب المعالج من المريض تحديد الأفكار المعينة التي تتزامن مع أحاسيس معينة ومن الأمثلة على العلاقة بين أحاسيس معينة وأفكار معينة كما هو موضح في الجدول التالي :

أمثلة على علاقة الأحاسيس ببعض الأفكار

| الإحساس | الفكرة (التفسير) |
|-----------------------------------|--|
| خفقان | سوف أصاب بنوبة قلبية، هناك مشكلة خطيرة في قلبي |
| صعوبة في التنفس | سوف تتوقف صلبة التنفس لدى ولغثقل ويموت |
| شعور بالنوار، شعور بالدوخة | سوف أصاب بحالة إغماء ثم اسقط على الأرض ويموت |
| أفكار غير عادية وصعوبة في التفكير | سوف أصاب بالجنون |

٢- استخدام التخيل أو لعب الأدوار لإعادة الخبرة الانفعالية

عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة إثارة الأفكار التلقائية ، فمن الممكن أن يطلب من المريض تمثيل الموقف أو تخيله ، وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع آخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض. يستطيع المعالج استخدام التعليمات التالية لمساعدة المريض على تخيل خبرة انفعالية مرت عليه:

يبدو أنك تجد صعوبة في تذكر ما حدث لك وفي تذكر الأفكار التي كانت تدور في ذهنك آنذاك ، وقد وجدت عندما يحدث مثل ذلك أن من المفيد أحياناً أن يقوم الناس بتصور أنفسهم بأكبر قدر من الوضوح عندما كانوا في الموقف المطلوب ثم استعراض هذه الصورة كما يحدث عندما تقوم بعرض فيلم ما وقيل أن تبدأ بذلك أود أولاً أن أعطيك تمرين بسيط يساعدك على التخيل الواضح (يطلب المعالج من المريض أن يتخيل شيء محايد ، تقاحة ، أو وردة ويطلب منه أن يعطي إشارة معينة عندما يتخيل ما هو يصدد تخيله بوضوح ، ثم بعد ذلك يتأكد من أن الشخص يرى الشيء فعلاً أم لا باستخدام بعض الأسئلة مثل " : هل الأوراق ملقطة ؟ الخ " والآن ، بعد أن تدربت على التخيل أود منك أن تتخيل نفسك في الموقف التي تحدثنا عنه وخصوصاً اللحظة التي لاحظت فيها أنك بدأت تحس بالقلق. وعندما تتخيل ذلك صف لي باختصار ما ترى . (المريض يصف المنظر) الآن استمر في التخيل ببطء ولاحظ باستمرار ما يحدث ، وكيف تشعر وما الذي يجول في ذهنك. ماذا ترى الآن ؟ فيما كنت تفكر في اللحظة التي شعرت فيها فجأة بترديد القلق لديك؟

عندما يكون الموقف عبارة عن علاقة بين شخصية (كمجابهة مع شخص ما في العمل مثلاً) ففي الغالب يكون لعب الأدوار أكثر فائدة من التخيل. بعد الحصول على وصف واف لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف يقوم المعالج بلعب دور ذلك الشخص بينما يقوم المريض بدوره هو .

٣- تحديد معنى الحادثة

في بعض الأحيان لا يستطيع المعالج إثارة الأفكار التلقائية باستخدام الطريقتين السابقتين. وفي مثل هذه الحالات يجب عليه أن يحاول باستخدام الأسئلة التعرف على ما تعنيه الحادثة بالتحديد بالنسبة للمريض على سبيل المثال :

المعالج: أنت لست متأكدا بالضبط عن ما كنت تفكر فيه أثناء (الموقف). ما الذي يعنيه الموقف بالنسبة لك إذا ما فكرت فيه الآن ؟ (إذا فشلت هذه المحاولة فيمكن المعالج إعطاء المريض فكرة عن الأفكار المراد التوصل إليها مثلا (الأفكار التي صاحبت القلق المرتبط بإدراك الخطر ، الأفكار التي تصاحب الشعور بالذنب المرتبط باعتقادك بأنك قد ارتكبت خطأ ما ، الأفكار المصاحبة للفضب المرتبط بإدراكك بأن الآخرين لم يراعوا إحدى القواعد التي تتمسك بها حول الخطأ والصواب..... الخ) (Clark, 1991)

وعلى الجانب الآخر قد تواجه، خلال مساعدة المرضى على التعرف على أفكارهم، بعض المرضى الذين لا يجدون صعوبة في التعرف على أفكارهم وفي إدراك أنها تلعب دورا رئيسيا في ظهور الأعراض لديهم وربما ينتقدون أنفسهم لأن تفكيرهم جلب لهم المتاعب . أحيانا يشعر هؤلاء المرضى باليأس وفقدان السيطرة على أنفسهم لأنهم ساعدوا على ظهور المشكلة ويلومون أنفسهم على ذلك. ويعتبر إدراك المرضى لهذه العلاقة فرصة مواتية لكي يتدخل المعالج ويشير إلى أن هناك جانب إيجابي في ما حدث.

المعالج: تقصد إنك إذا بدأت تفكر (سوف لن أكون على ما يرام) فإن ذلك يجعل الأعراض تظهر عليك؟

المريض: نعم شيء مضحك أجلب الأعراض لنفسي. هل يعتقد أي شخص إنني استمتع بهذا الشعور؟

المعالج: أنا متأكد أنك لا تستمتع بذلك ولكنك الآن في وضع جيد لأنك لدرجت أن الطريقة التي تفكر به تؤثر على ما تشعر به (Kirk, 1991).

تحديد الافتراضات والاعتقادات الأساسية غير الفعالة

بعد أن يتعلم المريض كيف يحدد ويتحدى الأفكار التلقائية السلبية يتحول التركيز إلى التعامل مع الافتراضات والاعتقادات الأساسية غير الفعالة التي تقوم عليها الأفكار السلبية وهذه الافتراضات خصائص (انظر ما ذكر عن خصائص المخطوطة في الباب الأول) معينة وواضحة :

١- أنها لا تتسجم مع الطبيعة الإنسانية: اعتقاد المريض "يجب أن أكون قوياً تحت كل الظروف" يتناقض مع الإمكانيات المحدودة للإنسان وعلى هذا الأساس فإنه افتراض غير معقول .

٢- تكون متصلة ، معمة ومتطرفة ، لا تراعي تفاوت الظروف .

٣- تمنع بدلاً من أن تساعد في تحقيق الأهداف ، كما يحدث بالنسبة للشخص الذي يمنعه بحثه عن الكمال من ممارسة الكثير من الأشياء.

٤- تصاحب مخالفتها بانفعالات متطرفة وشديدة ، على سبيل المثال الاكتئاب بدلاً من الحزن ، أو الفرح الشديد بدلاً من الشعور المعقول بالسعادة .

٥- لا تتأثر إلى حد كبير بالخبرات العادية ، وذلك لأنها على الرغم من أن الفرد يتصرف وكأنها حقيقة تكون إلى حد كبير لا شعورية ، كما أن تركها يصاحب بالتفكير في مخاطر يصعب تحملها على سبيل المثال "إذا توقفت عن وضع الآخرين قبلي دائماً ، فلن يحبني أحد" .

تحديد الافتراضات غير الفعالة والاعتقادات الأساسية أصعب من تحديد الأفكار التلقائية السلبية لأنها عبارة عن قواعد معمة ومن المحتمل أنها لم تصغ بعبارات معينة وهكذا ربما كان من الأسب أحياناً الاستدلال عليها بدلاً من محاولة ملاحظتها من خلال ما يلي :

١- مواضيع عامة

تبرز من خلال العلاج ، مثل استحواذ ضرورة أداء كل شيء بصورة

جيدة على تفكير المريض أو انشغاله المبالغ فيه حول الرفض من قبل الآخرين .

٢- التسمييات الاستعرافية في الأفكار التلقائية

والتي قد تعكس الأخطاء الموجودة في الافتراضات التحتية، مثل ثنائية التفكير "إذا تخاصمنا مرة أخرى غادرت المنزل" (الفكرة) "إذا لم توافق مع شخص ما فلا جدوى من تكوين علاقة معه" (افتراض) .

٣- الشمولية في تقييم الذات

استخدام كلمات مثل: "غبي" أو "ضعيف" قد تعكس معايير سلوكية موجودة لدى المريض قد لا تبرز مباشرة خلال الجلسات.

٤- الذكريات

يتذكر بعض الناس بوضوح الخبرات التي مروا بها خلال طفولتهم وأحياناً يكون هناك نوع من الشبه بين تلك الذكريات وبين اعتقادات الفرد الحالية. تعتقد إحدى المريضات أنه من الضروري الإذعان لرغبات الآخرين بدون استثناء. ومن بين الذكريات التي لا تزال عالقة بذهن هذه المرأة منظر أمها وهي تغادر المنزل وتقول لها مهددة أنها لن تحبها إن لم تفعل ما تؤمر به. ومع أن هذه المريضة في الأربعينات الآن لا زالت تصاب بخيبة أمل شديدة إذا ما لاحظت أي مؤشر على عدم استحسان شخص ما لها. ومن الأسئلة التي تقيد في تحديد الذكريات هل سبق وأن شعرت بهذا الشعور من قبل ؟ "هل يذكرك هذا بشيء في الماضي؟"

٥- الفرح الشديد

الفرح الشديد يشير إلى أن افتراض المريض قد أشبع ، والانتفاض الشديد في الحالة المزاجية يشير إلى أن الأمور تسير في الاتجاه المعاكس للافتراض . الشخص الذي يعتقد أنه من الضروري أن يكون محبوباً من قبل كل الناس قد يشعر بفرح شديد إذا ما لاحظ أنه نال استحسان شخص

ما (المبالغة في الفرح) (Fennell, 1991).

٦- فنية السهم للمتجه إلى أسفل

في هذه الفنية تحدد المشكلة بالطريقة المعتادة وكذلك الانفعالات غير الصارة والأفكار السلبية المتعلقة بالمشكلة ، وبدلاً من تحدي الأفكار نفسها يسأل المعالج : أفترض أن هذا صحيح ، ماذا يعني الأمر بالنسبة لك ؟ ، وأسئلة مشابهة ؛

ما الشيء الذي من الممكن أن نعرفه عنك من خلال ما حدث ؟ وما الذي يحدث بعد ذلك ؟. تكرر هذه الأسئلة حتى يتمكن المعالج من التوصل إلى افتراض عام أو اعتقاد أساسي مرتبط مباشرة بالمشكلة. وفيما يلي توضيح لذلك : الموقف : جلسة مع معالج ذكر بأنه لم يحسن بتحسن في حالة وضع في نهاية الجلسة . الانفعال : شعور بالذنب ، قلق ، اكتئاب .

الأفكار : كانت جلسة علاجية فاشلة ، لم تحقق أي شيء :

افترض أن ذلك صحيحاً ، ما لذي يعنيه ذلك بالنسبة لك

المريض لم يشعر بتحسن

افترض أنه لم يفعل ، ماذا يعني ذلك بالنسبة لك

لم أوفق في أداء واجبي

وإذا كان ذلك صحيحاً ، ماذا يعني بالنسبة لك

إنني معالج غير كفء

افترض أنك معالج غير كفء ، ماذا بعد

سوف يكشف أمري طال الزمن أو قصر

وماذا تعني 'يكتشف أمري'

سيمرّف كل شخص إنني غير كفء (اعتقاد أساسي) وينظر إلي باحتقار ، هذه الحادثة تثبت أن النجاحات التي حققتها كانت مجرد حظ .

الافتراض غير العقلاني : (فكرتي الإيجابية عن نفسي وأفكار الناس الإيجابية

عني مشروطة بنجاحي في كل ما أقوم به) (Burns in Fennell, 1991).

٢- التجنب

يعتبر تجنب الانفعالات السلبية من الأسباب الرئيسة لاستمرار المشكلات التي يشكو منها المرضى. وتشتمل معظم الخطط العلاجية على خطوات للتخلص من ذلك. لذا يعمد المعالج إلى محاولة الحصول على وصف مفصل لما يتجنبه المريض. ومن الممكن البدء في مناقشة التجنب السلبي بطرح أسئلة مثل (ما الشيء الذي توقفت عن ممارسته؟، أو ما الأماكن التي توقفت عن الذهاب إليها بسبب ذلك؟) وبالإمكان البدء في مناقشة التجنب الفعال بأسئلة مثل (هل هناك نشاطات معينة بدأت ممارستها، أو القيام بها بطريقة مختلفة بسبب المشكلة؟). يضاف إلى ذلك أسئلة حول البيت والعلاقات الزوجية والأطفال والعمل والحياة الاجتماعية والهوايات والأنشطة للتعرف على ما إذا كانت قد تأثرت بعملية التجنب. في حالة إزمان المشكلة من المحتمل أن يجد المريض صعوبة في إدراك أثر التجنب على حياته وفي هذه الحالة من المفيد توجيه أسئلة مثل (كيف ستكون حياتك لو أنك لا تعاني من هذه المشكلة؟) لو اختفت المشكلة ما الشيء الذي تود عمله ولكنك لا تستطيع عمله الآن؟ ومن الممكن أيضاً أن يستفيد المعالج من ثقافته العامة في صياغة أسئلة معينة على سبيل المثال؛ قد يتفادى المريض الذي يخاف على قلبه من ممارسة الأنشطة المجهدة نوعاً ما مثل صعود الدرج وقد يتفادى من يعاني من صعوبات في تنظيم كمية ما يأكل الكثير من الأكلات الدسمة لأسباب صحية.

لدى بعض المرضى مهارات جيدة في إيجاد طرق بارعة لتجنب المواقف حتى وأن بدأ الآخرون أنهم لا يفعلون ذلك؛ على سبيل المثال استمر شاب يعاني من الخوف الاجتماعي في الجلوس مع الآخرين ولكنه أصبح يتفادى الاتصال البصري بهم بصورة كلية تقريباً. وهذا يجعله يتفادى عدم إعجاب الآخرين به وتذمرهم منه : الشيء الذي يخاف أن يلحقه في عيونهم أو وجوههم إذا نظر إليهم .

وبعد ذلك يتحول التركيز إلى مناقشة أوسع حول المصادر المتوفرة

للمريض ومهاراته ونقاط القوة لديه . ويشتمل ذلك على أشياء متوفرة في بيئة المريض (زوجة أو زوج متعاون، وظيفة جيدة امتلاك منزل ... الخ) أو المهارات التي تسهل عملية التغيير مثل (الأشياء التي يجيد المريض عملها كمصدر لاحترام الذات) ونقاط القوة مثل المرح والتسامح والصبر والإصرار والدفء في العلاقات الينشخصية وهي عوامل تزيد من احتمال سرعة تحسن حالة المريض وتساعد في الالتزام بخطوات العلاج .

وبالإضافة إلى ذلك يحرص المعالج، قبل إعداد الصياغة الأولية للمشكلة، على التعرف على عدد من النقاط الهامة مثل تاريخ المريض الطبي والعقلي وأنواع العلاج التي تلقاها ومدى الاستفادة منها وعلى اعتقادات المريض حول المشكلة وعلاجها) يسأل المريض عما إذا كان يعتقد انه من الممكن إحداث تغيير في مشكلته وعن العوامل التي يعتقد أنها تساعد أكثر في التغلب على المشكلة). يعتقد بعض المرضى أن حالته لن تتحسن إلا باستخدام نوع معين من العلاج (الدوائي) مثلاً، وفي هذه الحالة لابد من مناقشة ذلك معه قبل الشروع في العلاج الاستعرافي السلوكي. كما أنه من الصعب أن تتحسن حالة مريضة إذا كانت تعتقد أن زوجها سوف يتخلى عنها إذا ما أحس أن بإمكانها الاعتماد على نفسها (Kirk, 1991) .

المراقبة الذاتية

يقصد بالمراقبة الذاتية، في العلاج الاستعرافي السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به، في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج، وفقاً لطبيعة مشكلة المريض (Fennel, 1991) . ويحرص المعالج الاستعرافي السلوكي على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية

(Salkovskis & Kirk, 1991 ; Salkovskis, 1991) .

وبالإضافة إلى ضرورة استخدام المراقبة الذاتية للتوصل إلى صياغة مقبولة لمشكلة المريض فإن المراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض (Kirk, 1991) وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلا تذكر نجاحاته (Butler, 1991) .

وهناك العديد من أنواع المعلومات المختلفة التي من الممكن مراقبتها. وفيما يلي أمثلة لبعض ما يمكن مراقبته ذاتيا:

تكرار السلوك: تستخدم المراقبة الذاتية بشكل واسع للتعرف على تكرار السلوكيات التي يستطيع المريض عدها، على سبيل المثال: عدد الزيارات الأسبوعية للطبيب، عدد الأفكار الناقدة ، عدد الشعيرات التي سحبها المريض من جسمه، عدد نوبات الفزع ، وعدد الخلافات مع الزوج أو الزوجة. وبالإمكان تسجيل ذلك في (مفكرة) دفتر اليوميات أو في كرت الخ وبالنسبة للمشاكل التي تحدث بكثرة من الممكن استخدام عداد ألي (مثل العدادات التي تستخدم في بعض الألعاب الرياضية).

كما أنه من الممكن التعرف على تكرار سلوك معين من خلال قياس سلوكيات مرتبطة به؛ التعرف على تكرار غسل اليدين لدى مريض الوسواس القهري من خلال التعرف على كمية الصابون المستهلكة (Salkovskis & Kirk, 1991).

استمرار المشكلة: تسجيل مدة استمرار الحادثة أو السلوك ، ومن الأمثلة على ذلك : المدة التي قضاهها من يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة خارج البيت ، المدة التي قضاهها المريض في غسل يديه ، المدة التي قضاهها المريض في المذاكرة.

التقدير الذاتي للحالة الانفعالية: ويطلب من المريض في هذه الحالة تقدير درجة ما يشعر به على مقياس (من ١ إلى ١٠). وبالإمكان اختيار طريقة التقدير

وفقا لطبيعة المشكلة: فإذا كانت المشكلة (الحادثة) تحدث بصورة متقطعة ومتباعدة فمن الممكن أن يطلب من المريض تقدير كل مرة تحدث فيها على حدة، ومن الأمثلة على ذلك تقدير شدة الرغبة في التأكد من قفل الباب مثلاً بالنسبة لمن يعاني من الوسواس القهري، أما إذا كانت المشكلة تحدث بشكل متواصل أو بكثرة فمن الممكن أن يسجل ما يحدث في فترة معينة من اليوم يتم اختيارها أما لكونها مهمة بالنسبة للمشكلة (على سبيل المثال: تسجيل الأفكار الغير سارة عن السمعة خلال الساعة التي تعقب تناول وجبة غذائية) لأنها كافية للتعرف على ما يحدث خلال اليوم الكامل. قد يكون من الضروري أحياناً استخدام مؤشرات معينة تذكر المريض بتسجيل ما هو مطلوب منه تسجيله، على سبيل المثال استخدام ساعة (النوع الذي يطلق صوتاً معيناً حسب توقيتها) للتذكير بالوقت.

ويرفض أن تتم عملية تسجيل ما هو مطلوب (سلوك، أفكار، مشاعر) بعد حدوثه مباشرة كلما أمكن ذلك حتى يكوم بإمكان المريض تذكر حدث (Krik, 1991).

ثانياً: الصياغة الأولية والصياغة المتقدمة للمشكلة

التصور الاستعرافي السلوكي للمشكلة الذي يقوم المعالج بإعداده بصورة مبدئية في الصياغة الأولية للمشكلة وفي الصياغة الأكثر شمولاً التي قد تعبر فيما بعد (الصياغة المتقدمة للمشكلة)، بعد الحصول على ما يلزم من معلومات، هو الإطار الذي يفهم المعالج من خلاله المريض ومشكلة (Blackburn & twaddle, 1996) وبالتالي فإن الصياغة غير الدقيقة للمشكلة تؤدي إلى التركيز على جوانب غير مهمة في مشكلة المريض وبالتالي عدم حدوث تحسن في حالته (Padesky & Greenberger, 1995). — المريض إلى العلاج ولديه الكثير من الأفكار التي تصاحب أوضاعه الانفعالية ويجد نفسه، أمام هذه الأفكار، عاجزاً عن إيجاد أفكار بديلة فعالة ما لم تصب

كلية بطريقة تجعل المعالج والمريض قادرين على تحديد الاعتقاد (معتقدات) الأساسية التي تنتج عنها الأفكار المثيرة للانفعالات السلبية لدى المريض وبالتالي التركيز عليها ومساعدة المريض على استكشاف بدائل لها (Trowes, Casey and dryden, 1992).

الصياغة الأولى للمشكلة

عرض المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على الشروع في إعداد تصور مشكلة في أول اتصال بالمريض يشتمل على بعض الفروض التي يضعها المعالج حول مشكلة المريض (مبنية على ما هو متوفر من معلومات) يتم فيما بعد التأكد من مدى صحتها في ضوء ما يستجد من معلومات. ويرى الكثيرون أن المعالجين الاستعرافيين السلوكيين أنه من الضروري عرض تصور المعالج للمشكلة على المريض و إعطائه الفرصة في إبداء رأيه فيها (J.beck, 1996). ويقوم المعالجون الاستعرافيون بإعداد صياغة أولية للمشكلة خلال المقابلات الأولى مع المريض مستقاة من وصف المريض لتطور المشكلة والموضوع (الفكرة) الأساسي البارز فيما يقوله حول مشكلته ومن أفكاره التلقائية واستجاباته الانفعالية المألوفة (Blackburn & Twaddle, 1996).

على سبيل المثال ، حضرت للعلاج امرأة (٢٨ سنة) تعاني من الخوف من الطيور منذ ٥ سنوات وفي نهاية مقابلة التقييم ، طرح المعالج تصوره المبني للمشكلة (الصياغة الأولى للمشكلة).

بدأت المعالجة بتقديم ملخص مختصر للمشكلة ، مع التركيز على الأعراض التي تظهر على المريضة عندما تكون أمام الطيور (أو الأشياء الأخرى المكسوة بالريش) وتقاديبها المتزايد للأمكنة التي من الممكن أن تجد فيها طيوراً ثم انتقلت المناقشة إلى تطور المشكلة .

المعالجة : بدأت خبراتك غير السارة مع الطيور منذ وقت طويل، كما

فهمت. ومن تلك الخبرات ما أحسست به عند الحر عندما كنت صغيرة وخوفك الشديد عندما رأيته طائرا ضخما في إحدى التمثيليات التي تعتمد على الإيحاء (صامتة) ثم مرت فترة طويلة قبل أن يعطوك الخوف مرة أخرى في فترة المراهقة عندما شاهدت فلم (الطيور) .

انتقلتني حديثا إلى منزل جديد ، وعلى الرغم من أنك متزوجة منذ فترة طويلة هذه هي المرة الأولى التي أصبحت فيها بمدة عن أمك بحيث لا تستطيعين دعوتها للمساعدة كما كان يحدث من قبل .

وقد ظهرت المشكلة بشكل أكبر عندما دخلتي غرفة الجلوس ذات يوم في الصباح ووجدت بها طائرا يرغف بجناحيه ، أصبتي بذعر وخرجتي مسرعة وأغلقتي الباب ، ولم تعودتي حتى جاء زوجك وتخلص من الطير . ما حدث دعم الربط بين الطيور والقلق لديك. تعلم جسمك أن يستجيب بالخوف كلما رأيته طائرا أو حتى فكرت في الذهاب إلى أماكن بها طيور . وعلى هذا الأسس فإن هدفنا هو جعلك تستجيبين بطرق أخرى عندما تصادفين الطيور : أن تضعف عملية الربط بين الطيور والخوف. هل يبدو ذلك معقولا .

وللتخلص من المشكلة لأبد من التعامل مع العوامل التي تساعد على استمرارها . وأعتقد أن هناك عاملين مهمين أحدهما يتمثل في تجنبك للمواقف التي قد تعرضك للطيور وتفاذي هذه المواقف من العوامل الأساسية التي تقوى هذا النوع من المخاوف . العامل المهم الآخر هو ما يحدث عندما تواجهين الطيور فعلا - الاحساسات الجسمية وما يصاحبها من أفكار . على سبيل المثال لاحظت مرعة ضربات قلبك وشعرت بدوار بسيط ثم قفزت إلى ذهك الفكرة التالية " أشعر بقلق، سوف يغشى عليّ " ، " يستطيع الطير أن يعرف أنني خائفة " و " يجب أن أخرج من هنا " . هذه الأفكار ترفع مستوى القلق لديك ومن ثم تزداد الأعراض الفسيولوجية سوءا .

وبعد ذلك يطلب المعالج من المريض تلخيص النقاط الرئيسية التي وردت في صياغة المشكلة - إن المشكلة تتطور عندما يكون المريض في حالة تهيئ،

إن ذلك عبارة عن استجابة متعلمة ، أن التجنب ساعد على استمرارها وما شابه ، يتبع ذلك المزيد من مناقشة خطة العلاج (Kirk,1991).

تحديد أهداف العلاج

بعد أن يتم إعداد الصياغة الاستعرافية السلوكية الأولية لمشكلة المريض لا بد من الاتفاق (بين المعالج والمريض) على الأهداف التي يسعى الطرفين إلى تحقيقها من خلال العملية العلاجية. ولتحقيق الأهداف العامة التي يتمنى المريض إنجازها في نهاية العلاج لا بد من تطوير أهداف قصيرة المدى، ممكنة التحقيق، تجعل المريض يدرك أنه من الممكن إحداث تغييرات إيجابية في وضعه تؤدي في نهاية الأمر إلى تحقيق الأهداف الأساسية التي جاء إلى العلاج بهدف تحقيقها (Berman,1997).

ولتحديد أهداف العلاج العديد من الفوائد (١) تبين للمريض ما يمكن تحقيقه خلال وبعد العلاج (٢) تدعم الطبيعة التعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي وتؤكد على أهمية التزام المريض بالخطة العلاجية (٣) تحول دون انحراف العملية العلاجية عن التعامل مع المشكلة الأساسية للمريض تتيح الفرصة لتقويم العملية العلاجية و(٥) تهين المريض لإنهاء العلاج - ينتهي العلاج عندما تحقق (أو تتضح استحالة تحقق) أهداف العلاج باتباع الخطة العلاجية المستخدمة (Kirk,1991). وفيما يلي مثال توضيحي لوضع أهداف العلاج:

المعالج : حسناً، ما الذي تود تحقيقه من العلاج ؟

المريض: أريد أن أكون شخصاً سعيداً.

المعالج : ما الأشياء التي سوف تفعلها إذا أصبحت شخصاً سعيداً ؟ .

المريض: أتابع دراستي، أكون علاقات اجتماعية، أمارس بعض الأنشطة التي

كنت أمارسها من قبل.

المعالج : هذه أهداف ممتازة، ما رأيك في أن تكتب هذه الأهداف ويحتفظ كل منا بصورة منها ؟ .

ومن الممكن أن يطلب المعالج من المريض (كواجب منزلي) مراجعة هذه الأهداف وإضافة أهداف أخرى (إن وجدت) (J.Beck,1996).

وتجدر الإشارة إلى أنه من المفترض أن ينظر المعالج إلى هذه الأهداف نظرية تتصف بالمرونة بحيث يكون على استعداد لمناقشة تعديلها أو تغييرها مع المريض والقيام بذلك إذا دعت الحاجة إليه. ومن بين المؤشرات على أن الأهداف غير مناسبة وتحتاج إلى مراجعة عدم حدوث تحسن في المريض. ومن الأمثلة على ذلك كون الأهداف طموحة أكثر من اللزوم وتحتاج إلى أن تجزأ إلى أهداف أصغر (Berman,1997).

٢) الصياغة المتقدمة للمشكلة

وبعد جمع المزيد من المعلومات وتحديد الافتراضات والاعتقادات الأساسية لدى المريض يستطيع المعالج أن يجمع أفكاره بشكل منظم في التصور الاستعرافي للمشكلة (شكل رقم ١، ص، ١٣١) ليس من الضروري أن يتطابق أي تصور مع هذا الشكل ولكن المهم أن يتسجم التصور مع التفسير الاستعرافي للاضطراب الذي يتعامل معه المعالج (Blackburn & Twaddle,1996) و/أو في ملخص الحالة كما هو موضح في النموذج التالي (J. Beck, 1995) :

ملخص الحالة (مثال)

اسم المريض:

اسم المعالج:

التاريخ:

١- تعريف مختصر بالمريض: سامي (١٨) سنة طالب في الجامعة ويسكن في سكن الطلاب مع زميل آخر .

٢- التشخيص :

١- المحور الأول: اكتئاب رئيسي ، وحيد القطب ، متوسط

٢- المحور الثاني: لا يوجد اضطراب في الشخصية .

٣- المحور الثالث: لا يوجد أمراض جسمية

٤- المحور الرابع: شدة الضغوط النفس اجتماعية: متوسطة (مغادرة المنزل لأول مرة)

٥- المحور الخامس: التقويم العام للأداء : الحالي ٦٠% ، السنة

الماضية ٨٥ %

٣-الاختبارات الموضوعية :

تسجل هنا أسماء المقاييس النفسية التي تم استخدامها (حسب مشكلة المريض) وتسجل درجات المريض على كل مقياس في كل مرة يقوم فيها بإكمال المقاييس.

الاتجاه العام لدرجات المقاييس (الاختبارات) :

٤- شكوى المريض والنشاطات التي يمارسها حاليا :

يشكو من الاكتئاب ، القلق ، صعوبة في التركيز ، انسحاب اجتماعي زيادة في ساعات النوم ، انتقاد للذات. يحضر المحاضرات ولكن يجد صعوبة في المذاكرة وإنجاز الواجبات. يحاول تجنب الاحتكاك مع زميله (مشكلة تجنب) .

٥- الجوانب النمائية للمريض:

أ/ التاريخ (العائلي ، الاجتماعي ، التعليمي ، الطبي ، النفسي والمهني):

- أصغر طفلين في عائلة متماسكة .
- يحتفظ دائما بعدد من الأصدقاء .
- درجات عادية (جيدة أحيانا) قلق خفيف حول الدرجات .
- لا توجد مشاكل صحية غير عادية ، ليس هناك أمراض

نفسية سابقة

ب/ العلاقات مع الوالدين ، الأخوة ، الأقران والأشخاص الآخرين المهمين في حياته:

- كانت الأم ولا تزال شديدة الانتقاد لسامي ، كان الأب ولا يزال يقدم الدعم لسامي ولكن وجوده في المنزل محدود بحكم عمله .
- كانت علاقته مع أخيه جيدة على الرغم من أنه يكبره بخمس سنوات .

- كان يخاف من قسوة بعض المدرسين .

ج/ الحوادث والصدمات الهامة

- كثرة المجادلات بين الوالدين .

- مدرس شديد في الصف الثاني الابتدائي (كنت في حالة خوف

شديد طيلة العام)

- انتقاد من قبل الأم .

- انتقاد للذات لعدم قدرته على أن يكون في مستوى أخيه .

٦- الجوانب الاستعرافية:

أ- النموذج الاستعرافي المناسب للمريض

١/المشكلات الحالية والمواقف التي تثير المشكلة لديه

- الدراسة وكتابة البحوث .

- حساسية في القاعات الدراسية وفي أوقات تأدية الامتحانات .

- انسحاب اجتماعي، عدم القدرة على تأكيد الذات مع الزملاء والأساتذة.

- كثرة النوم .

٢ / الأفكار التلقائية والانفعالات والسلوكيات في هذه المواقف .

- لا أستطيع عمل هذا ، أنا فاشل ، لا يمكن أن أنجح هنا.

- الشعور بالحزن.

- ماذا لو رسبت في الامتحان ، ماذا لو لم أتلقي مساعدة من.

المدرس، قد أرسب - الشعور بالقلق .

ب-/الاعتقادات الأساسية

- أنا شخص ناقص/ غير كفء.

ج/ الاعتقادات المشروطة

- إذا لم يكن أدائي جيدا فهذا يعني أنني فشلت .

- إذا فشلت في الدراسة فأنا فاشل كشخص (شخص فاشل)

- إذا طلبت المساعدة فأنا شخص ضعيف .

ب- القواعد التي يطبقها (ويتوقعها) على نفسه وعلى الآخرين

- يجب أن يتناسب أدائي مع قدراتي .

- يجب أن أكون متفوقا

٧- دمج ووضع تصور للجوانب النمائية والاستعرافية:

أ/ مفهوم المريض لنفسه ونظراته للآخرين .

- يعتقد سامي أنه جيد في بعض الجوانب وضعيف (عاجز) في

بعض الجوانب .

- يبالغ في تقديره (الإيجابي) لقدرات الآخرين (أخيه ،

أصدقائه) ويقلل من تقديره لقدراته .

ب/ التفاعل بين حوادث الحياة والجوانب الاستعرافية غير الإيجابية

- كثيرا ما يرى سامي نفسه كشخص غير كفء ، وقد

ساهمت انتقادات أمه الشديدة له في تأكيد هذا الاعتقاد لديه،

بالإضافة إلى أنه يقارن نفسه باستمرار بأخيه ودائما ما تكون

المقارنة في صالح أخيه يستطيع (نظرا لأنه يكبره بخمس

سنوات) عمل أي شيء تقريبا بصورة أفضل مما يستطيع هو .

ج- أساليب المجابهة والاستراتيجيات التعويضية

- توقعات عالية لنفسه .

- يجهد نفسه في العمل .

- حرص زائد على تفادي الوقوع في الأخطاء .

- تفادي طلب المساعدة .

د/ تطور واستمرارية الاضطراب الحالي

- كان لمغادرة سامي منزل أهله ومواجهة بعض الصعوبات في المواد التي يدرسها في الجامعة دور كبير في ظهور الاكتئاب. قلل القلق من قدرته على الدراسة بصورة صحيحة، مما أدى به إلى المبالغة في انتقاده لذاته ومن ثم شعوره باليأس. انسحابه الاجتماعي وقلة نشاطاته الإيجابية ساهمت في تعكر مزاجه .

٨- القابلية للعلاج:

أ/ ملائمة الحالة للتدخلات الاستعرافية السلوكية (منخفض ، متوسط أو عالي - أضف ما تراه من ملاحظات) .

- ١- الثقافة النفسية: مرتفعة .
- ٢- الموضوعية: مرتفعة .
- ٣- الوعي : متوسط/عالي.
- ٤- وجهة نظر المريض حول النموذج الاستعرافي السلوكي للمشكلة: متوسطة/عالية.
- ٥- إمكانية التوصل للأفكار التلقائية: متوسط
- ٦- القابلية للتكيف: عالية
- ٧- روح الفكاهة: منخفض.

ب/ نوافع المريض وتوقعاته وأهدافه الخاصة بالعلاج

- نوافع عالية ، توقعات غير واضحة للعلاج ولكنه أظهر استعداداً لأن يلعب دوراً أساسياً في علاج نفسه و يرغب في تحقيق الأهداف التالية:

- تحسين مستواه الدراسي .
- خفض القلق من الامتحانات .
- الاختلاط أكثر مع الناس .

- الاشتراك في أنشطة الجامعة .

ج/ أهداف المعالج

- الإقلال من انتقاد المريض لنفسه .

- تدريبيه على المهارات الاستعرافية

الأساسية - سجل الأفكار التلقائية وما يلزم من الفنيات

الاستعرافية السلوكية .

- قضاء وقت أقل في النوم .

- أساليب جديدة في الدراسة وكتابة البحوث.

د/ للصعوبات المتوقعة: لا يوجد .

- قد لا يتمكن المعالج من إكمال التصور الاستعرافي للمشكلة أو

إكمال ملخص الحالة ولكنه يشعر انه في حاجة إليه في هذه الحالة يقوم بإكمال

ما هو متوفر ويترك الخانة التي لم تتوفر المعلومات

لاكمالها لوقت لاحق أو يكتب ما يعتقد، حسب معرفته للحالة، أنها

الاجابة المناسبة ويضع بجانبها علامة استفهام حتى يتأكد من

دقة ما افترضه.

(الشكل رقم ١) التصور الاستعرافي للمشكلة (مثال)

- الحجرات الصغيرة**
- غياب الأب الذي تركه المنزل عندما كان عمر المريضة ٦ سنوات
 - عدم رضا أمها عن الوضع وقتئذها من أن تقوم بتربيتها لوحدها
 - لم تكن الأم متولجة بما فيه الكفاية لابنتها.
 - مشاكل مع عمها يصعب تولفها (مضى تحدث) - كانت المريضة تحاول تهينة الأمور
 - لم تتح لها الفرصة لمناقشة وضع أليها (مما أوحى للمريضة بأن للحديث عن الأمور المزجة شيء غير مرغوب فيه).
 - شعور المريضة المستمر بالضعف وعدم الأمان والحاجة إلى الحصول على التطمين من قبل الآخرين

(العوامل السلبية)
العوامل التي أتت
في زيادة قابلية
المريضة
للالضطراب النفسي

تشكيل الأفكار الضياع والاعتقادات الأساسية (المعطوبة)

- يجب على تهينة الأمور، فإن لم أقبل تخلى الناس على
- يجب أن أكون قادرة على التحكم في كل شيء، فإن
- لم أفعل ذلك فقدت كل شيء
- يجب أن اعتمد على نفسي، لأن الآخرين سوف
- يخذلونني لو طولت مساعدتهم
- أنا ضعيفة للفعاليات
- أنا غير محبوبة
- من الصعب معرفة ما قد يفعله الآخرون

العوامل الحاسمة

- مشكلات زواجية كبيرة
- مشكلات مالية

(العوامل المرهبة)

تشبيط الأفكار الضياع والاعتقادات الأساسية

(العوامل التي تساعد
استمرار المشكلة)

الأفكار التلقائية السلبية**أعراض تلقائية**

(الدفعية)
- عدم الاستمتاع
بأي شيء

(الاستعرافية)
- التجنب الاستعرافي

(السلوكية)
- تجنب
- طلب التطمين

(الوجدانية)
- الخوف

(الفسيولوجية)
- ترقق

الفصل السابع: الأسئلة السocraticية والاختصاص الموجه

Socratic Questioning and Guided Discover

العلاقة العلاجية في العلاج الاستعرافي السلوكي تختلف نوعاً ما عن العلاقة العلاجية في الكثير من أنواع العلاج النفسي الأخرى ، كما أشير إلى ذلك في الجزء المخصص لهذا الموضوع في هذا الكتاب .

العلاج الاستعرافي السلوكي عملية تجريبية تعاونية (Collaborative empiricism) يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المريض بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض (Beck, In Robins & Hayes, 1993) . ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المريض واعتقاداته إلى جانب التقنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى (Robins and Hayes, 1993) .

يبدأ المعالج باستخدام الأسئلة السocraticية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج . وإلى جانب هذه التقنية الأساسية يطرح المعالج أسئلة مباشرة لجمع معلومات حول تكرار وشدة وديمومة (مدة) المشكلة وتدخلات أخرى مثل العكس (Reflection) والإيضاح والتغذية الراجعة ، وتقييم المريض حول النموذج الاستعرافي وحول ما يفيد في التغلب على مشكلته ثم يبدأ أو يعود إلى استخدام الأسئلة السocraticية . وتستخدم الأسئلة السocraticية بأسلوبين مختلفين تبعاً لظروف المريض وظروف المعالج .

في الأسلوب الأول يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المريض مباشرة كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة

السوقراطية :

- ١- توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعها (المريض) خارج نطاق
الفحص
والتدقيق .

- ٢- مساعدة المريض في اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من
قبل .

- ٣- تعويد المريض على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه) في مقابل
الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة
بموضوعية (Beck, Wright, Newman and lise. 1993) .

ويعتبر الأسلوب الأول أقل فائدة من الأسلوب الثاني لأن فيه انتهاك
للقاعدة التجريبية التعاونية التي تعتبر من أساسيات العلاج الاستعرافي السلوكي
(J. Beck. 1995) ولكن قد يضطر المعالج إلى استخدامه (والاستفادة منه) إذا
لاحظ أن الأسئلة السوقراطية التي ترمي إلى أن يكتشف المريض بنفسه
(الاكتشاف الموجه) المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن ومن ثم يتفحص
اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه تحدث إرباك للمريض (Beck, Wright,
Newman and lise, 1993) . ولتوضيح ذلك سوف نورد هنا مثال
للأسلوب الأول لتوضيح نقاط القصور فيه ثم نتعرض بشيء من التفصيل
لتعريف ومراحل الأسلوب الثاني الجيد والأكثر فائدة والأطول أثراً على
المريض .

مثال للأسلوب الأول :

المريض : أنا فاشل بما تعنيه هذه الكلمة .

المعالج: يبدو وكأنك محبط جداً عندما قلت ذلك هل تشعر
بالإحباط ؟

المريض : نعم أنا شخص لا خير فيه .

المعالج: تقول أنك شخص لا خير فيه ، هل يمكن القول بأنك لم تقم بأي شيء مفيد طيلة حياتك ؟

المريض : لم أقم بأي شيء مهم .

المعالج: ماذا عن أي شيء لأطفالك هذا الأسبوع ؟ هل أظهرت لهم محبتك بشكل أو بآخر ؟

المريض : نعم ساعدت زوجتي في تنويمهم وأخذتهم إلى تمرين كرة قدم .

المعالج: هل تعتقد أن هذا شيء مهم بالنسبة لهم ؟

المريض : اعتقد ذلك .

المعالج: هل قمت بأي شيء تحبه زوجتك هذا الأسبوع ؟

المريض : أعجبها أنني عدت إلى البيت من العمل في الوقت المناسب .

المعالج: هل بإمكان الشخص الفاشل الاستجابة لطلب زوجته بهذه الطريقة الإيجابية ؟

المريض : أعتقد لا .

المعالج: إذن ، هل قولك بأنك شخص فاشل بالمرة حكم دقيق ؟

المريض : لا .

المعالج : كيف تشعر الآن ؟

المريض : أعتقد أفضل قليلاً مما كنت .

في هذا المثال حاول المعالج إظهار عدم دقة أفكار المريض مباشرة ، وهو أسلوب ليس سيئاً بالمرة ؛ سأل المعالج المريض أسئلة معقولة وحدث اكتشاف محدود ، ويبدو أن المريض استفاد منها بشكل أو بآخر ولكن هذه الطريقة ليست الطريقة المثلى . طرح المعالج أسئلة معينة لكي يشير فيما بعد إلى أن اعتقاد المريض بأنه فاشل غير دقيق ، أو بمعنى آخر كان

المعالج يعرف الإجابة (الحل) ، ووجه المريض للعثور عليها وهكذا لم يتركه للمريض اكتشاف ذلك بنفسه وهذا يتنافى مع الطبيعة التجريبية للتعاونية للعلاج الاستعرافي السلوكي . توصل المعالج لحل مشكلة المريض من وجهة نظره وهناك احتمال في أن يتمكن المريض، لو أُتيحت له الفرصة، من التوصل إلى حل آخر يناسبه أكثر من تلك الحلول التي تأتيه من الخارج .

باختصار يبدو من هذا المثال أن المعالج يحاول إظهار جوانب العجز لدى المريض وليس مساعدته على الاكتشاف (padesky, 1993 ; Wills & Sanders, 1997).

ما هي إذن الأسئلة السocraticية الجيدة ؟. الأسئلة السocraticية الجيدة هي تلك التي توجه المريض إلى اكتشاف (استرجاع) معلومات لم تكن متوفرة له في الوقت الراهن واستخدامها في إعادة تكوين الاعتقادات الموجودة لديه قبل اكتشاف هذه المعلومات. ويمكن تعريف الأسئلة السocraticية الجيدة بأنها تلك الأسئلة التي :

١- يكون لدى المريض المعلومات اللازمة للإجابة عنها. ومع أن هذه الخاصية تبدو واضحة وسهلة التطبيق إلا أنها قد لا تكون دائما كذلك: على سبيل المثال قد تطرح أسئلة تكون الإجابة عنها ضمن الذخيرة المعلوماتية للمريض ولكن المريض لا يعرفها. فقد يسأل المعالج مريض لا يعي انفعالاته - بماذا يشعر الآن ، فلا يستطيع الإجابة عن ذلك - والسؤال الملائم في مثل هذه الحالة هو : هل لاحظت أي توتر أو تغير فيك (في جسمك) عندما تحدثنا عن أبيك ؟

٢- توجه انتباه المريض إلى معلومات لها علاقة بموضوع النقاش ولكنها غائبة عن تركيز المريض في الوقت الراهن .

قد يسأل المعالج أسئلة عديدة غير مرتبطة بما يقلق المريض أو يطرح أسئلة لأن هناك جانب من تاريخ المريض يؤثر اهتمامه (المعالج) حتى لو لم يكن ذلك مهماً بالنسبة لما يراد التعامل معه . ما هي المعلومات ذات

العلاقة الخارجة عن نطاق تركيز المريض ؟. تؤكد العديد من الدراسات إلى أننا نفكر في أشياء مرتبطة وداعمة لأفكارنا ومشاعرنا الحالية . فإذا كان الفرد مكتئباً تذكر (استدعى) الخبرات الاكثائية وإذا كان الفرد يعتقد أنه شخص ناجح كان تذكره للنجاحات التي حققها أسهل من تذكره لمرات الفشل ومع ذلك لدينا القدرة على استرجاع معلومات تتناقض مع أفكارنا ومشاعرنا الراهنة إذا ما توفر مثير (على شكل سؤال - مثلاً) يساعدنا على الوصول إلى هذه المعلومات . والأسئلة السocraticية الجيدة تثير هذه المعلومات الممكن استرجاعها والتي لها علاقة بوضع المريض الحالي ولكنه يجد صعوبة في تذكرها دون مساعدة . المعالج الاستعرافي السلوكي إذن يقوم بدور فعال في مساعدة المريض على استرجاع المعلومات التي تثيره في تعامله الناجح مع مشكلته .

٣- يتم التحول (التنقل) فيها من التركيز على الأشياء المحددة إلى التركيز على الأشياء المجردة لكي يستطيع المريض في النهاية تطبيق المعلومات الجديدة في إعادة النظر في اعتقاداته القديمة التي ساهمت في تطور مشكلته .

بصورة عامة من الأفضل البدء بأسئلة محددة تساعد على تحديد مشكلة المريض من خلال طلب أمثلة واضحة عنها لكي يتأكد المعالج أنه والمريض يتحدثان عن الشيء نفسه. إذا أشار المريض مثلاً إلى أنه شخص لا خير فيه (فاشل) كما في المثال السابق فيجب أن تطلب منه تحديد ماذا يقصد بذلك ، ماذا تعني بأنك شخص لا خير فيه ؟ استخدام الأسئلة المحددة يفيد أيضاً في مساعدة المعالج والمريض على تفحص اعتقادات وأحكام محددة وفي فهم الاستجابات الانفعالية في موقف معين . وبعد استكشاف ما حدث في موقف معين تؤدي الأسئلة السocraticية الجيدة إلى اكتشاف أو تعلم شيء من خلال استبدال الأسئلة المحددة بأسئلة مجردة. يسأل المعالج أسئلة تساعد المريض على تعلم شيء من المناقشة واستنتاج الكيفية التي تمكنه من إجراء المزيد من الفحص للأفكار الجديدة ، كأن يقوم بتطوير واجبات منزلية خاصة به (يلاحظ أكثر ، يقوم بتجارب سلوكية) .

٤- يستطيع المريض بعد استخدامها، تطبيق المعلومات الجديدة أما لإعادة تقويم حكم سابق أو لتكوين أفكار جديدة (Padesky, 1993) .

الهدف النهائي من الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه هو مساعدة المريض على استخدام المعلومات التي تم اكتشافها (استرجاعها) في إعادة تقويم أحكام سابقة أو تكوين أفكار جديدة . ولكي تؤدي الأسئلة السocraticية إلى اكتشاف معلومات جديدة وإلى فهمها وتطبيقها في حياة المريض ولكي يحصل على أكبر قدر ممكن من الفائدة منها من المفضل مراعاة المراحل التالية في عملية الاكتشاف الموجه من خلال الأسئلة السocraticية .

مراحل الاكتشاف الموجه باستخدام الأسئلة السocraticية

١- طرح عدد من الأسئلة بهدف اكتشاف معلومات وثيقة الصلة بمشكلة المريض ولكنها خارجة عن نطاق وعيه في الوقت الراهن .

تطرح الأسئلة هنا طبقاً لما ورد في تعريف الأسئلة السocraticية الجديدة .

٢- الاستماع الجيد وعكس ما يسمعه المعالج على المريض:

يتضمن الاستماع الجيد توقع سماع شيء غير متوقع (مفاجأة) إذا لم تحمل إجابات المريض أشياء غير متوقعة (تفاجئ المعالج) فقد تكون الأسئلة التي طرحها المعالج غير ملائمة أو أن المعالج لم يستمع جيداً لما قاله المريض . وهناك وظيفة أخرى للاستماع الجيد إلى جانب فهم المريض..... استمع للكلمات ولاحظ ردود فعل المريض الانفعالية ، استمع للكلمات التي قصد بها المريض معان غير معناها الأصلي (الكلام المجازي) استعمال اللفظ في معنى غير المعنى الذي وضع له في أصل اللغة مع وجود علاقة بين المعنى الأصلي والمعنى الجديد (دعكور، ١٩٩١، ص ١٤٣)) وكوّن لها صور ذهنية في عقلك ، أبحث عن الكلمات التي وضعت في غير محلها في كلام المريض.

الاستماع لهذه الأجزاء غير المتوقعة من كلام المريض وعكسها تريد من شدة انفعالات المريض وتسهل عملية الوصول بسرعة إلى المخطوطة غير الفعالة لدى المريض .

٣- تقديم ملخصات متتالية للمعلومات المكتشفة :

في الأسئلة السocraticية تكتشف (تسترجع) معلومات جديدة وتناقش وتكون درجة انفعال المريض مرتفعة أو يكون غير متأكد من السبب وراء طرحك لأسئلة معينة لذا لا بد وأن يقوم المعالج بتلخيص لأهم ما قاله المريض كل بضع دقائق ، وكتابة هذه الملخصات من قبل المعالج ومن قبل المريض للنظر فيها فيما بعد. الملخص أيضاً يكشف عما إذا كان فهمك لما يدور يختلف عن فهم المريض له، ويوفر الملخص كذلك الفرصة للمريض لكي ينظر إلى المعلومات الجديدة كوحدة بدلاً من النظر إليها كأجزاء متفرقة .

٤- أسئلة رابطة (synthesizing) بهدف حث المريض على النظر في اعتقاداته الأصلية في ضوء المعلومات التي تمت مناقشتها .

بعد اكتشاف المعلومات الجديدة واستكشاف المعاني الشخصية (معناها بالنسبة للمريض) وتقديم الملخصات تنهي عملية الأسئلة السocraticية بطرح أسئلة رابطة أو تحليلية تدور حول علاقة المعلومات الجديدة باعتقادات المريض الأصلية (الموجودة لديه قبل الجلسة) مثل :

فلان كيف تتواءم هذه المعلومات الجديدة مع اعتقادك بأنك شخص فاشل ؟

الأسئلة الرابطة أو التحليلية هي الفرصة الأخيرة للمريض في الجلسة لاكتشاف شيء لم يكن يتوقعه .

وصف لورد فيما يلي :

١- نماذج للأسئلة السocraticية

٢- مثال توضيحي لاستخدام الأسئلة السocraticية بهدف مساعدة المريض على اكتشاف المعلومات والاستفادة منها .

٣- أمثلة مختلفة لاستخدام الأسئلة السocraticية

١- نماذج للأسئلة السocraticية :

هل سبق وأن مررت بخبرة مشابهة؟ ماذا فعلت؟ ماذا كانت النتيجة؟ ما الذي تعرفه الآن ولم تكن تعرفه آنذاك؟ ما النصيحة التي ستقدمها لصديق يمر بنفس الموقف؟ بالإضافة للأسئلة التي سوف ترد في الجزء الخاص بإكمال أعمدة سجل الأفكار في هذا الكتاب .

٢- مثال توضيحي لاستخدام الأسئلة السocraticية (الاسلوب الثاني) بهدف مساعدة المريض على اكتشاف المعلومات والاستفادة منها .

مريض يشعر بالانكئاب ولديه صورة متدنية للذات، بعد أن وجه له أبوه انتقادات شديدة :

المعالج : كم درجة تصديقك بـ (إذا لم أستطع نيل استحسان أبي قلن يكون بمقدوري الحصول على استحسان أي شخص؟)

المريض : نسبة مئوية .

المعالج : نعم

المريض : ٨٠ %

المعالج : يبدو أنك تصدق بذلك بدرجة كبيرة، هل بالإمكان إيضاح ذلك؟ كيف تكون قدرتك على نيل استحسان أبيك هي المقياس لقدرتك على كسب استحسان الناس الآخرين ؟

المريض : لديه تعريف محدد للمصداقيعتقد أن لديه معرفة بما يجب أن يقال وما لا يجب أن يقال ويمارس .

المعالج : لدى أبيك إذا القدرة على تحديد ما هو المناسب وما هو غير

المناسب

- المريض : هو حكم جيد
- المعالج : هذا ميني على قوله أنه يعرف
- المريض : كلامه صحيح
- المعالج : ما الذي يجعلك تعتقد أن كلامه صحيح هل فعلاً كانت أحكامه على الناس جيدة ؟
- المريض : لا لا هو يعتقد أن كلامه صحيح ، لديه فطنة في بعض الأمور ، حقق إنجازات مهمة ، وإذا نظرت إلى كل ذلك أقول للنفس لا بد وأن استمع جيداً لكلامه ... كلامه ليس خطأ .
- المعالج : تعتقد إذن أن تقييم أيك لك وللآخرين صحيح ويبدو أنك تصدق ما قاله عنك وأنت إذا لم تتل استحصانه قلن تتال استحصان أحد ، وحيث أنك لم تقم بأشياء تحوز على رضاه فهذا يعني أنك ابن سيئ.
- المريض : نعم
- المعالج : دعني أسألك ، هل ينال الكثير من الناس على إعجاب أيك بهم ؟
- المريض : لا إرضائه صعب .
- المعالج : إرضائه صعب
- المريض : ينتقد عدد كبير من الناس ... يرى أنهم أقل مما يجب .
- المعالج : كم من الناس ، من الذين يعرفهم ، يعتقد أبوك أنهم ممتازين ؟
- المريض : ممتازين حقاً ممتازين حقاً .
- المعالج : نعم من بين أفراد العائلة أو من بين الناس المحيطين به ؟
- المريض : عدد قليل هو معجب بأحد أصدقائه .

- المعالج : هل هذا هو الشخص الوحيد الذي نال إعجاب أبوك ؟
- المريض : هذا سؤال صعب ... هناك صديق آخر يحظى بتقديره أيضاً .
- المعالج : صديقين إذا ؟
- المريض : نعم
- المعالج : هل يعرف أبوك عدد كبير من الناس ؟ هل لديكم الكثير من الأ أقارب جيران يعرفهم ؟
- المريض : نعم
- المعالج : كم عددهم ؟
- المريض : في عمله ... أقارب كثيرين ... يحبك بعدد كبير من الناس
- المعالج : ١٠ ، ٥٠ ، أو ١٠٠ شخص ؟
- المريض : حوالي ٥٠ شخص .
- المعالج : حوالي ٥٠ شخص ؟
- المريض : نعم
- المعالج : إذن شخصان فقط من الخمسين نالا إعجاب أبيك، هل هذا صحيح ؟
- المريض : نعم .
- المعالج : عدد قليل ، هل يتوافق ذلك مع نظرتك للناس، هل تعتقد أن ٢ فقط ممتازين من بين ٥٠ شخص، هل الممتازين قلة إلى هذا الحد من وجهة نظرك؟
- المريض : من وجهة نظري لا أكثر من ذلك .
- المعالج : الناس الممتازين أكثر من ذلك بكثير ... على ماذا يدل ذلك بالنسبة لنظرة أبوك ؟

- المريض : معايير صعوبة التحقيق
- المعالج : من الصعب أن يرضى عن أحد ... على ما يبدو ؟
- المريض : نعم
- المعالج : حسناً لنضع ذلك على البال ... هل هناك شخص في عائلتك تعتقد أنه ممتاز جداً ؟
- المريض : سؤال صعب نعم عمي
- المعالج : عمك رجل ممتاز ... ما هي الخصال الجيدة في عمك ؟
- المريض : مرح ، أتيق ، أيضاً نظرت له إيجابية (المعالج خصلة حميدة) غالباً ما يثني عليه الناس ، أنا أحب هذه الخصال فيه
- المعالج : هذه خصال جيدة هل هناك خصال أخرى ... جاد في العمل ، صريح ؟
- المريض : نعم يدير أمواله بحنكة
- المعالج : يبدو أنه شخص ممتاز ... هل يعجب به الكثير من الناس ؟
- المريض : نعم
- المعالج : الكثير من الناس يحبونه ويقدرونه ؟
- المريض : نعم
- المعالج : تعتقد إذن أن عمك ، إذا نظرت إليه نظرة موضوعية شخص ممتاز ، ليس كاملاً ولكنه ممتاز ؟
- المريض : نعم .
- المعالج : وهل يعتقد أبوك أن عمك شخصاً ممتازاً ؟ هل يرى فيه أشياء إيجابية ؟

- المريض : يعترف أن لديه نقاط قوة ولكن
 المعالج : يرى فيه بعض السلبية ؟
 المريض : نعم ... وهذا شيء يضيقني .. يجد فيه بعض الجوانب التي يعتقد أن لديه قصور بها .
 المعالج : يبدو إن أنه حتى في الناس الممتازين ، من الممكن أن يجد أبوك أشياء سلبية ينتقدها فيهم لا تنطبق عليهم معاييرهم للناس الممتازين ... وكيف يتوأم ما تكلمنا عنه مع محاولتك تطبيق معايير أبوك على نفسك ؟
 المريض : يبدو مما قلنا أن أحكامه على الناس قاسية ، وحتى مع عمي الذي اعتقد أنه شخص ممتاز لم تخلو أحكام أبي عليه من الانتقاد، لذا فليس من المستغرب أن يجد فيني أشياء لا تعجبه .
 المعالج : إذن ، قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كان الشخص ممتاز أم لا، بنظرة موضوعية ، إذا اعتمدت على رأي أبيك فيه.....
 المريض : (يكمل عبارة المعالج) قد لا تحصل على الصورة الحقيقية للشخص .
 هذا مثال جيد لاستخدام الأسئلة السocraticية لتوجيه المريض لاكتشاف معلومات جديدة مفيدة. دعنا ننظر الآن فيما إذا كان ما حدث في هذا المثال ينسجم مع تعريف الأسئلة السocraticية الجيدة .
 أ- كان باستطاعة المريض الإجابة على الأسئلة التي طرحت عليه وهي أسئلة مبنية على إجاباته .
 ب- طرح المعالج أسئلة تساعد على استرجاع معلومات مرتبطة بمشكلة المريض الحالية ولكنها غائبة عن وعيه في الوقت الراهن
 مثلاً أدرك المريض أنه من الصعب إرضاء أبيه لم يشر المعالج إلى ذلك، المريض اكتشف ذلك بنفسه. لو أن المعالج قال أن من

الصعب إرضاء أبوك ، بدلاً من أن يتوصل المريض بنفسه إلى ذلك
لاتخذ المريض موقفاً دفاعياً، وبدأ يتحدث بطريقة..... نعم ولكن
.....

ج- طلب المعالج من المريض اختيار شخص آخر لديه خصال جيدة
وسأله عن رأي أبيه فيه اختيار شخص آخر مفيد لأن المريض
سوف يذكر الصفات الحسنة فيه أكثر مما قد يفعل عن نفسه حتى ولو
كان لديه هذه الصفات لأن هذا جزء من مشكلته وبعد أن ذكر
المريض عمه وما له من خصال جيدة وأن أبيه أيضاً لا يثمن هذه
الخصال كثيراً تنبه المريض إلى أن أحكام أبيه على عمه تختلف عن
وجهات نظر الآخرينفعمه الذي يتمتع بخصال جيدة ويعجب به
الكثير من الناس لم يحز على استحسان أبيه .

د- تتلَقَّ المعالج بين المحدد و المجرّد ، كم عدد الذين يعرفهم أبوك ؟
من الذي يعجب أبوك ؟ أسئلة محددة ثم تم تطوير قاعدة مجردة في
النهاية: ولكن من الصعب معرفة ما إذا كان الشخص ممتاز بناءاً
على وجهة نظر أبيك فيه .

هـ- قام المعالج بعدد من التلخيصات في هذا المثال ومن ذلك
"يبدو أن أبوك لا ينظر نظرة إيجابية لعدد كبير من الناس" ، "إذا
استمعت لأبيك فقط فقد لا تحصل على الصورة الحقيقية للشخص
(المريض أكمل الجملة) .

و- وفي النهاية استخدمت المعلومات الجديدة في إعادة تقييم حكم
سابق كما هو واضح في الأسئلة التي طرحت في آخر المثال
(Padesk,1993; Padesky & Greenberger,1995) .

٣- نماذج مختلفة لاستخدام الأسئلة الموقراطية (الاسلوب الأول والاسلوب
الثاني) ولاستخدامها إلى جانب فنيات علاجية استعرافية سلوكية
أخرى.

(١) مثال لاستخدام الأسئلة الموقراطية مع مريض يعاني من نوبات فزع ويتوقع أنه سوف يصاب بالإغماء :

المريض : في منتصف نوبة الفزع ، أتصور عادة أنني سوف أصاب بحالة إغماء وأسقط على الأرض

المعالج : إلي أي مدى تصدق بذلك الآن مقارنة بتصديقك وأنت تعاني من نوبة الفزع ؟

المريض : ٥٠ % الآن و ٩٠ % أثناء النوبة.

المعالج : دعنا ننظر فيما لديك من أدلة لإثبات هذه الفكرة ، هل سبق وأن أغمي عليك أثناء النوبة ؟

المريض : لا

المعالج : ما الذي إذن يجعلك تعتقد بأنك ستصاب بالإغماء ؟

المريض : أشعر بدوخة

المعالج : باختصار ، الدليل الذي لديك على صحة هذه الفكرة هو شعورك بالدوخة.

المريض : نعم.

المعالج : كيف تفسر إذا كونك قد شعرت بالدوخة مئات المرات ولم يغمي عليك ولو مرة واحدة ؟

المريض : حتى الآن أعتقد أن النوبة تتوقف في الوقت المناسب أو أنفي أمسك بالأشياء القريبة مني حتى لا أسقط على الأرض .

المعالج : إذن أحد التفسيرات المحتملة لكونك تشعر بالدوخة بصورة متكررة وتفكر في أنك سوف تسقط على الأرض ولكن ذلك لم يحدث هو أنك تقوم بتصرفات تمنع حدوثه في الوقت المناسب. على كل حال هناك احتمال بديل وهو أن الشعور بالدوخة الذي تعاني منه أثناء نوبة الفزع لن يؤدي إلى

إصابتك بالإغماء حتى لو لم تحاول منع حدوثه ؟

المريض : ممكن

المعالج : لكي يكون بالإمكان التعرف على صحة أحد هذين التفسيرين

لا بد من معرفة ما الذي يحدث في الجسم قبل حدوث حالة الإغماء ، هل تعرف ماذا يحدث ؟

المريض : لا

المعالج : لابد من حدوث هبوط في ضغط الدم ، هل تعرف ما الذي

يحدث لضغط دمك أثناء نوبة الفزع ؟

المريض : تزداد نبضات قلبي ، أعتقد أن ضغطي يرتفع.

المعالج : هذا صحيح ، في القلق تزداد نبضات القلب ويرتفع ضغط الدم

في نفس الوقت ، وهكذا يكون احتمال إصابتك بالإغماء عندما تكون قلقا أقل من احتمال إصابتك بالإغماء عندما لا تكون قلقا

المريض : هذه فكرة مثيرة تستحق الوقوف عندها ، ولكن إذا كان ذلك

صحيحا فلماذا أحس بالدوخة ؟

المعالج : يعتبر شعورك بالدوخة مؤشرا على أن الأعراض الجسمية

التي تحس بها ليست إلا رد فعل طبيعي لإدراكك لوجود خطر . معظم ردود الفعل الجسمية التي تلاحظها

عندما تكون قلقا ، تدخل ضمن الطريقة التي يتعامل بها الإنسان مع التهديد كما يحدث عندما يكون الإنسان أمام أسد

جانح . ما الذي ستفعله في مثل هذا الموقف ؟ .

المريض : أبتعد عنه بأقصى سرعة.

المعالج : نعم ، ولكي تتمكن من ذلك تحتاج إلى أكبر قدر من الطاقة

في عضلاتك ، ويتحقق ذلك من خلال إرسال المزيد من الدم إليها مما يقلل من كمية الدم التي تذهب إلى المخ ، وهذا يعني

أن نسبة الأوكسجين التي تصل إلى المخ تقل مما يسبب

الشعور بالدوخة . هذا الشعور بالدوخة لا يؤدي إلى الإغماء لأن ضغط دمك بصورة عامة، يرتفع.

المريض : هذا واضح جداً ، إذن في المرة القادمة التي أحس بالدوخة فيها سوف أحس نبضي فإذا كان طبيعي أو أسرع من العادة عرفت أنني لن أصاب بالإغماء.

المعالج : نعم، والآن بناءً على ما تمت مناقشته حتى الآن إلى أي مدى تصدق بأنك سوف تصاب بالإغماء أثناء نوبة الفزع ؟

المريض : أقل من ١٠ %

المعالج : وعندما تكون تحت تأثير نوبة الفزع ؟

المريض : ربما ٢٥ %

لم يسبق للمريض في هذا المثال وأن أصيب بحالة إغماء أبداً . على كل حال قد تواجه بعض مرضى نوبات الفزع الذي سبق وأن أغمي عليهم فعلاً ، وفي هذه الحالة لابد من إحداث تغييرات في الأسلوب الذي أتبع في الحوار السابق بحيث يتلاءم مع وضع من أصيب بالإغماء فعلاً .

وعندما يكون الأمر كذلك يجب أن يتأكد المعالج من كون حالة الإغماء حدثت أثناء القلق أم لا . في الغالب لا يكون الأمر كذلك وإنما حدث الإغماء في المراحل الأولى لتطور نوبات الفزع ، وقد ينتج ذلك عن عوامل فسيولوجية متعددة (مثل التغيرات الهرمونية أو الفيرومات) ولكن المريض لا يعرف شيئاً عنها وهكذا ، في المستقبل عندما يكون المريض قلقاً ويشعر بالدوخة يعتبر ذلك دليلاً على أنه سوف يصاب بالإغماء . وهذا التفسير الخاطئ يزيد من قلق المريض وبالتالي يزداد شعوره بالدوخة . حالات القلق التي يحدث فيها الإغماء فعلاً هي تلك المرتبطة بالخوف من الدم . بعض المرضى يعانون من نوبات الفزع وكذلك من الخوف من الدم ، وفي هذه الحالة يشرح المعالج للمريض بأن احتمال حدوث الإغماء مرتبط برؤية الدم ويطلب

من المريض مقارنة الشعور الذي يسبق الإغماء الحقيقي مع الشعور الذي يحدث أثناء نوبة الفزع. الاثنان مختلفان. يشعر النائم قبل أن يغشى عليهم فعلاً بأنهم يفقدون إحساسهم بأنفسهم وبمن حولهم، بينما في نوبات الفزع يعي المريض بألم شعوره بالدوخة (Clark, 1991).

(٢) استخدام الأسئلة الموقراطية مع مريض يعاني من توهم الموض؛ يخشى أنه مصاب بمرض القلب أو الرئة .

سامي ٢٣ سنة يعاني من صعوبة في قدرته على الاعتماد على نفسه واستقلاله عن والديه. خلال الجلسات الأولى من العلاج ذكر بأنه يعاني من آلام في الصدر ومن صعوبة في التنفس ، علماً بأن الفحوصات الطبية تشير إلى أنه لا يعاني من أي مشكلة صحية . سامي يعاني من هذه الأعراض منذ حوالي ٣ أشهر عندما كان يعمل في محل تجاري. كان متعباً معظم الوقت ومضطرباً للتعامل مع الكثير من الزبائن المزعجين. وفي محاولة منه لمجابهة الموقف يستهلك كميات كبيرة من القهوة خلال فترة الصباح. وفي أحد الأيام وبينما كان يتناول طعامه في فترة الغداء شعر بدوخة وآلام في الصدر وصعوبة في التنفس وأعتقد وقتها أنه سوف يصاب بنوبة صدرية وذهب إلى أقرب مستشفى ولم يجد الأطباء أي مرض جسمي لديه.

ومنذ ذلك الحين وهذه الأعراض تعاوده بين الحين والآخر ، وفي كل مرة يعتقد أنه سوف يصاب بنوبة صدرية ، على الرغم من إعادة الكشف الطبي عليه عدة مرات وثبوت عدم وجود أي مرض جسمي لديه .

وفيما يلي ملخص لما دار بينه وبين المعالج :

المعالج : أنت تعرف أسلوب الاستعرافي الذي استخدمه في العلاج (سبق وأن شرحة المعالج له). أتصور أن هناك علاقة بين ما يحدث لك وبين ما تحدث به نفسك وتصدق به خلال الثلاثة أشهر الماضية ، واليوم بدلاً من أن أحاول أنا كشف هذه العلاقة، عن طريق التخمين ، أود أن أوجه إليك بعض الأسئلة

واعتقد أن أجوبتك سوف تساعدنا على معرفة سبب المشكلة .

المريض : لا مانع عندي
المعالج : هل تعتقد بأن هناك علاقة بين اعتقادك بأن لديك مرض في القلب وبين ما حدث لك ؟

المريض : حسناً ، نعم هذا صحيح عندما شعرت بالآلام لأول مرة .
المعالج : وهل بالإمكان أن تسبب لك هذه الاعتقادات نوبة صدرية ؟
المريض : أنا أعاني من بعض الضغوط النفسية وقد يكون ما حدث لي ذلك اليوم بالإضافة إلى الضغوط السابقة أكبر من طاقتي على التحمل وهذا قد يسبب لي النوبة الصدرية .

المعالج : إذا كنت تعاني من مرض في القلب فلماذا لم يكتشفه الأطباء ؟
المريض : لا أعرف ، قد يكون المرض من صنع خيالي ولكنني فعلاً أعاني من آلام في الصدر ، اعتقد أنني لا أتخيل ذلك .
المعالج : أنا لا أشك أبداً في أنك تعاني من آلام في الصدر أنا فقط أحاول معرفة سبب ذلك ، هل لديك تفسيراً آخر لهذه الآلام غير مرض القلب ؟

المريض : لا .
المعالج : هل سبق وأن لاحظت أي علاقة بين قلقك وبين آلام الصدر ؟
المريض : نعم ، كلما زاد الألم زاد القلق لدي .

المعالج : ما رأيك في أنه كلما زاد القلق لديك كلما زاد الألم ؟
المريض : هل أفهم من ذلك أنك تعتقد أن قلقي هو سبب كل شيء ؟
المعالج : أنا أسألك فقط ... لدى فكرة عن ما يحدث معك ولكنني أود أن تكتشف أنت بعض الأفكار التي تعـوزها الدقة لديك ، ما يشد انتباهي هو قولك بأن هذه الأعراض ظهرت فجأة ،

قبل ثلاثة أشهر وكان ذلك في العمل وفي يوم تعرضت فيه لبعض الضغوط النفسية.

عمره ٢٣ سنة وتاريخ عائلته الطبي لا يشير إلى وجود أمراض قلب ولم يجد الأطباء الذين فحصوك أي مشكلة صحية لديك وبناء على هذه المعلومات كيف تستطيع أن تحدد ما إذا كان قلبك هو سبب الآلام أو أي شيء آخر ؟

المريض : أنا أعرف أنه ليس لدي أي دليل على أن قلبي هو سبب المشكلة ولكنني أخاف إذا بدأت هذه الأعراض .

المعالج : بالتأكيد ولكن ما الذي نقوله لنفسك كلما شعرت بهذه الأعراض ؟

المريض : (سكوت ٣٠ ثانية) إنني أصاب بنوبة صدرية (سكوت آخر) فهمت قصيدك ربما كان سبب مشكلتي هو أنني أقول نفسي (أكيد المشكلة في قلبي).

المعالج : ربما دعنا نفترض أنك تصورت أن أعراض القلق ما هي إلا أعراضاً خطيرة لمرض في قلبك ولكن هل تتذكر ماذا كنت تقول لنفسك قبل شعورك بالآلم في صدرك والذي قد يكون هو سبب الآلام؟ كيف يؤدي التفكير في أن قلبك مريض ، إلى الآلام التي تجعلك تعتقد أن لديك مشكلة في القلب ؟

المريض : لم أفهم .

المعالج : كيف يؤدي التفكير بوجود مرض في القلب إلى الآلام في الصدر ؟

المريض : (سكوت حوالي دقيقة) نعم فهمت الآن ، قد جعلني أركز على مصدر الآلم للبحث عن علامات تشير إلى جود علة معينة أعتقد أنني فعلت ذلك ، أقلق كثيراً والقلق يسبب لي الآلم وبعد

- ذلك أتصور أن الأم يعني وجود علة في قلبي.
- المعالج : نعم ، أعتقد أن هذا شيء محتمل ، وقد يفسر لماذا تقلق على قلبك بعد الحادثة التي حدثت لك في العمل ، ولكن ما الذي حدث لك ذلك اليوم وتعتقد أنه سبب لك القلق ؟
- المريض : لا أعلم
- المعالج : هل تعتقد أن هناك علاقة بين الأم وبين تعاملك مع زبائن مزعجين ؟
- المريض : لا أعلم ، لقد تعاملت مع زبائن من هذا النوع من قبل ؟
- المعالج : هل بإمكانك تحديد وقت معين ؟
- المريض : نعم ، أمس مثلاً .
- المعالج : حسناً ، أكتب على ورقة بماذا كنت تفكر ، وبماذا شعرت وكيف تصرفت أمس ثم أقلب الورقة وأكتب بماذا فكرت ، شعرت وكيف تصرفت في اليوم المشابه الذي حدث لك قبل ثلاثة أشهر ؟
- المعالج : (سكوت حتى انتهى المريض من الكتابة) الآن قارن بين الوجهين هل هناك فرق ؟
- المريض : (سكوت) قبل ثلاثة أشهر كنت متعب ، شربت عدة أكواب من الشاي في الصباح : فهمت ، كنت منهكاً .
- المعالج : يبدو ذلك صحيحاً ، ولكن لم نعرف بعد لماذا أنهكت نفسك. ولكننا نعرف بأنك تعتقد أنك إنسان ضعيف وتتصور أنك لا تستغن عن حماية أهلك. هل تعتقد أنه حصل ذلك اليوم (قبل ثلاثة أشهر) ما ينشط هذا الاعتقاد ؟.
- (سكت المريض بعض الوقت ثم عاود المعالج طرح الأسئلة)

المريض : تذكرت الآن ، كنت متعباً ذلك اليوم لأنني تشاجرت مع والدتي مرة أخرى، في الليلة التي سبقت ذلك اليوم، حول انتقالي إلى بيت آخر .

المعالج : وما علاقة ذلك باعترافك الأساسي ؟

المريض : كنت قلقاً حول الانتقال والعيش وحيداً .

المعالج : حسناً ، هذا الخوف هو السبب الأساسي الذي جعلك تطلب

مقابلتي وسوف نتعامل معه . ولكن الآن دعنا ننظر إلى خوفك

الحالي حول مرض القلب والسرطان. أعتقد أنك توصلت إلى

تفسيرات جديدة لذلك. وأتصور أنه من المفيد جداً كتابة هذه

التفسيرات لكي تستخدمها في التعامل مع أفكارك حول وجود

علة في قلبك. ثم قام المريض بمساعدة المعالج بكتابة الأفكار

المضادة لكي يستعملها كلما عاوده التفكير غير الفعال (Mc

Mullin, 1986) . (في هذا المثال كان دور المعالج دوراً

مباشراً (توجيهي) بشكل قد لا يحبه الكثير من المعالجين

الاستعرافيين السلوكيين) .

(٣) وفي المثال التالي استخدم المعالج الأسئلة السocraticية والعكس

(Reflection) والتلخيص للتعرف على الوضع الانفعالي للمريضة

واستكشاف الميول الانتحارية لديها كما أن المعالج حاول الاستفادة من عمل

مهم في تخفيف حدة الرغبة في الانتحار وهو إحساسها بالمسؤولية تجاه ابنها

كدافع للاستمرار في العلاج والتخلي عن الأفكار الانتحارية:

المعالج : فهمت من المحادثة التليفونية أنك تعانين حالياً من بعض

المشكلات وتريدين مقابليتي بأسرع وقت ممكن ؟

المريضة : صحيح .

المعالج : هل بإمكانك ذكر ما يضايك ؟

المريضة : أنا متزوجة للمرة الثانية منذ ثلاث سنوات ولكن علاقتي

بزوجي غير مرضيه وسببت لي الإحساس بالتعاسة ولا يبدو أن لدى القدرة على مواجهة ذلك ، كما أنني أشعر بأنني لا أستطيع الخروج من هذا المأزق، لقد حاولت إصلاح الوضع بكل ما أستطيع ولكن محاولاتي فشلت ولا أعرف ماذا أفعل .

المعالج : تحسين إذن بأنك غير سعيدة ؟

المریضة : نعم.

المعالج : وكم مضى على هذا الحال ؟

المریضة : تقريباً طيلة حياتي هناك أوقات أحس فيها بأنني

على ما يرام ولكنني أحس بالتعاسة معظم الوقت .

المعالج : لازمك شعورك بعدم السعادة معظم حياتك؟

المریضة : نعم.

المعالج : هل هناك انفعالات أخرى تضايقك ؟

المریضة : أشعر بالحزن ... وعدم وجود معنى لحياتي وأن الأمور لن

تسير كما أود وأحس بالإحباط وعدم جدوى المحاولة .

المعالج : هل تبلغ درجة الإحباط إلى الحد الذي تفكرين فيه في التخلص

من الوضع بطريقة أو بأخرى ؟

المریضة : نعم فكرت في ذلك .

المعالج : ما نوع الأفكار بهذا الخصوص ؟

المریضة : أحياناً أفكر بأن أسهل طريقة هي أخذ بعض الأقراص

والتخلص من المشكلات بالمرة .

المعالج : ما مدى قوة التفكير في أخذ الأقراص؟

المریضة : يختلف من وقت لآخر متردة أحياناً أحس بأنها

الشيء الوحيد الذي أريد عمله ... وأبدأ في التفكير في الكيفية

التي سوف تتم بها العملية ولكن هناك دائماً شيء يوقفني

عن ذلك أحياناً أتصور أنني سوف أفضل حتى في هذا

الموضوع ومن ثم أصاب في مخي وأكون أسوأ مما أنا فيه

الآن .

المعالج : إذن هناك شيء يوقفك وما هي الأشياء الأخرى التي تمنعك أيضاً ؟

المريضة : أشعر أن على مسؤوليات تجاه طفلي ... أعتقد أن القيام به شيء مرعب.

المعالج : علاقاتك مع طفلك جيدة ؟

المريضة : نعم هذا هو السبب الرئيسي في عدم إقدامي على ذلك ... ربما لو لم يكن لدى طفلي لم كنت هنا الآن .

تعليق:

توضح العبارات التي استخدمها المعالج مثل تبلغ درجة الإحباط لديك إلى الحد الذي تفكرين فيه في التخلص من الوضع إن المعالج يرصد ويستجيب لمشاعر المريضة وأنه أيضاً مهد الطريق لاستكشاف نقطة هامة وهي شعور المريضة باليأس وميولها الانتحارية كما أثار عامل مهم جداً في تخفيف حدة الرغبة في الانتحار وهو إحساسها بالمسؤولية تجاه ابنها.

(٤) استخدام الأسئلة السوفراطية لتحديد المشكلة الأساسية وتطورها والظروف التي ساهمت في نشوئها:

المعالج : ما العرض الذي يزعجك أكثر من غيره من الأعراض ؟

المريضة : أعتقد أنه الشعور باليأس الشعور بأنه لا فائدة من المحاولة لأنني سبق وأن خسرت من قبل حتى قبل أن أبدأ ... لدى إحساس بأن كل ما سأفعله لن يؤدي إلى نتيجة إيجابية ... وهذا يجعلني أعاني من صعوبات كبيرة بصورة مستمرة.

المعالج : تجددين إذن أن محاولة التعامل مع الأحداث اليومية شيئاً مؤلماً بالنسبة لك ؟

- المریضة : نعم
المعالج : وترین أن لذلك علاقة یشكل أو بآخر ، بعلاقتك بزوجه .
- المریضة : نعم
المعالج : وما الذي حدث معه ؟
- المریضة : یبدو متردداً فی علاقته بی أعتقد أنه یقادی القرب منی فالاتصال بیننا محدود جداً إلى درجة أنه لا یشبع أي من حاجاتی كزوجة له ومع ذلك أجد أنني عاجزة عن عمل أي شيء تجاه ذلك. حاولت أن أطلب منه تصحیح الوضع ولكن لم أستطع القيام بذلك ، أشعر بذعر شدید من المجابهة ومن ثم أثرك الأمور على ما هی وأقبل بكل شيء لأنني أشعر أنني لا أستطیع العیش بدونه وأشعر أيضاً بأن العیش معه یجعلني إنسانة تعیسة أشعر أنني فی مازق لا یمكن الخروج منه .
- المعالج : تشعرین أنك فی مازق وأن استمرارك معه یجلب لك التعاسة ولا ترین أن بإمكانك عمل أي شيء لحل المشكلة ؟
- المریضة : هذا صحیح .
- المعالج : وهل حدث أي شيء مؤخراً جعلك تحسین بما أنت علیه الآن ؟
- المریضة : نعم ... منذ ثلاثة أسابيع وهو یتجاهلني ... ومع أنني حاولت خفض توقعاتی منه لم یكن لديه أي نية للقيام بأي شيء تجاهي طلبت منه مناقشة الوضع ورفض ذلك وأعتقد أن هذا الرفض أثار لدى الكثير من المشاعر السلیبة التي سبق وأن تعرضت لها وكررتی بأشیاء كثيرة حدثت لی فی الماضي .
- المعالج : ذكرك إذن بأشیاء سیئة حدثت فی الماضي ؟
- المریضة : نعم .

المعالج : مثل ماذا ؟

المريضة : أشعر أن أمي لم تتقبلني في يوم من الأيام أعتقد أنها كانت ترفضني باستمرار كما أنني عانيت من بعض العلاقات الاجتماعية السلبية عانيت كثيراً من رفض الآخرين لي.

المعالج : كيف عرفت أن أمك ترفضك؟

المريضة : لم تكن راضية عن أي شيء قمت به لم أستطع كسب رضاها أبداً كانت تنتقني بشدة باستمرار لا ترى فونلي أي شيء يستحق الإعجاب كانت تقارنتني دائماً بأختي التي كانت أجمل مني وأفضل مني وكانت مقبولة من قبل الآخرين أكثر مني كانت مشاعرها باردة وكانت تلومني باستمرار وكانت عدائية في علاقاتها معي (الأم) .

(٥) استخدام الأسس السوفراطية في سبر علاقات سابقة للمريضة وعلاقاتها بالوضع الحالي لها (لاحظ كيف تقبل المعالج بكاء المريضة). الاهتمام بالخبرات السابقة يختلف عن ما يحدث في التحليل النفسي ، حيث قد يفترض فيه المحلل أن لدى المريضة، نتيجة لخبراتها السابقة، حاجة لإيذاء ذاتها من خلال علاقاتها من الآخرين أما المعالج الاستعرافي السلوكي فيرى أن الأفكار غير المتكيفة التي تتمسك بها المريضة بقوة هي التي تجعلها تستمر في هذه العلاقات السلبية ولكنها ترغب حقاً في تغيير هذه الأفكار .

المعالج : تقولين أن علاقتك مع زوجك السابق مشابهة لعلاقتك مع زوجك الحالي ؟

المريضة : كلها كانت سيئة ... يبدو أنني أحرص كثيراً على الإبقاء على العلاقات مع الناس الذين يسيئون معاملتي .

المعالج : نعم ما هو النمط السائد في تعامل زوجك السابق والحالي معك؟ وما الشبه بين معاملته لك وبين معاملة أمك

لك ؟

المريضة : العلاقة مع زوجي الحالي مثال على ذلك ينتقدني بشدة وبكثرة بارد ولا يظهر أي مشاعر إيجابية وكأنه يتفضل علي إذا قضى معي بعض الوقت ... لا يقدم لي أي دعم انفعالي يبدو أنه لا يحبني كثيرا .

المعالج : لقد لاحظتني الشبه بين تعامل زوجك السابق وتعامل زوجك الحالي معك وكذلك تعامل أمك انتقاد برود غياب الدعم الانفعالي .

المريضة : نعم .

المعالج : وكيف تشعرين إذا تصرف شخص ما معك ببرود وأخذ موقفا ناقدا يخلو من التعاطف معك ؟

المريضة : أشعر بأن حالتي مزرية ولكنني أشعر أيضا بأنني إذا ما تمسكت بالعلاقة وحاولت بما فيه الكفاية وتصرفت بطريقة سليمة فإن الأمور سوف تتحسن بشكل أو بآخر .

المعالج : إذا تصرفت بطريقة سليمة تحسنت الأمور ؟

المريضة : إذا تصرفت بالطريقة التي يريدها الآخرون فإنهم في نهاية الأمر سوف يعاملونني بالمثل ولكن حتى الآن لا يبدو أن ذلك هو ما يحدث لي .

المعالج : وهل هذه هي الطريقة التي تعاملتي بها مع أمك تحاولين فعل كل ما تستطيعين لكسب استحسانها لك .

المريضة : كنت دائما أحاول كسب استحسانها ولكنها لا تريد ما أريد ولا ترى قيمة للأشياء التي أري أنها قيمة وكل ما أفعله ناقص من وجهة نظرها .

المعالج : هل تشعرين بالحزن الآن لاحظ أن لديك رغبة في البكاء ، هل تحسّنين بأن البكاء يريحك ؟

المريضة : بصورة مؤقتة لا يفيدني على المدى البعيد ... أنه في

للحقيقة يجعلني في وضع أسوأ لأنه يذكرني بالأوقات الأخرى التي بكيت فيها ويذكرني بالأمور التي أعاني منها في السابق.

المعالج : هل تريد استخدام هذا المنديل (ورق) ؟

المریضة : شكرا .

المعالج : إذن تشعرين بأن حالتك أسوأ وأنت تبكين الآن ؟

المریضة : أشعر بأن حالتي سيئة جدا .

المعالج : الآن هل تلاحظين أي صلة بين محاولتك لإصلاح

الأمر مع زوجك السابق والحالي وبين محاولتك لإصلاح

الأمر مع أمك ؟

المریضة : نعم أستطيع ذلك ... أنه واضح في ذهني وأفهمه ولكنني

لم أستطع استيعابه انفعاليا لم أصل إلى النقطة التي

أستطيع فيها عدم الاستسلام لمثل هذه العلاقات السلبية .

المعالج : ما الذي يعيقك في مثل هذه العلاقات ؟

المریضة : أعتقد أتصور في البداية أن إمكانية بناء علاقة جيدة

موجودة فعلا ... شعرت بهذا مع زوجي الأول وكذلك مع

زوجي الثاني أحس في البداية أن الطرف الآخر يهتم بي

فعلا ثم أجد نفسي مشدودة للعلاقة وعندما يتغير الحال

.... يحدث ذلك بسرعة وأجد نفسي تورطت في العلاقة (مع

أنني ألاحظ أن الأمور ليست كما هي في البداية) وأنه من

المستحيل عمل أي شيء تجاه الموضوع .

المعالج : دعيني أتأكد من أنني فهمت قصدك تدخلين مع الغير بناء

على معلومات غير كافية، وعندما تبدأ العلاقة بترككم فعلا

تشعرين بأنك مجبرة على الاستمرار فيها لكي تجعلينها تسير

بالطريقة التي ترغبين فيها كما كنت تفعلين مع أمك ... هل

هذا صحيح ؟

المریضة : نعم هذا صحيح كما أنني أضع الكثير من الأوهام

والتوقعات التي أتوقع أنني سوف أحصل عليها من الأشخاص الذين أكون معهم ولكنني حتى لو اكتشف أن هذه الأشياء لن تحقق أجد صعوبة في التخلي عن هذه الأوهام.

المعالج : نعم، وهل تقف الصعوبة في التخلي عن هذه الأوهام حائلا دون تخليك عن العلاقة ؟

المريضة : نعم صعوبة التخلي عن الأوهام تقريبا أو تماما مثل صعوبة التخلي عن العلاقة .

(٦) استخدم الأسئلة السocraticية في دعوة المريضة إلى استخدام إحدى الغنيات الاستعرافية (لعب الأدوار مثلا) لمساعدتها على اختبار مدى صحة اعتقادها بأنه من المحتمل أن تحصل على الحب الذي تريده من الآخرين إذا حاولت بما فيه الكفاية:

المعالج : مع أن هذه هي مقابلتنا الأولى كيف تشعرين تجاه مناقشة هذه الأوهام ؟ قد يفيد ذلك في فهم علاقاتك مع زوجك . هل لك أن تذكرني بعض الأوهام التي لديك حوله ؟

المريضة : لدى وهم يتمثل في أنه يرينني وأنتي إذا استطعت إقناعه فإنه سوف يعطيني ما أريد ولا أعتقد أن هناك ميالغة في توقعاتي هذه .

المعالج : حسنا دعينا نتأمل في هذا الاعتقاد ونتفحصه لكي نتأكد من صحته؛ نتعرف على الأدلة على صحته ؟

المريضة : أعتقد أنني إذا استطعت إقناعه فإنه سوف يلبي حاجاتي .

المعالج : حسنا دامت علاقتكما ثلاث سنوات وبالإمكان من خلال ما حدث في هذه الفترة التأكد من صحة هذا الاعتقاد ؟

المريضة : نعم .

المعالج : بناء على ما حدث خلال هذه الفترة ما رأيك في

اعتقاداتك هذا؟

المريضة : هو ليس خطأ فحسب ولكنني حققت هدفي بصورة جيدة إلى درجة أنه ضمن حبي له وضمن أنني لن أبتعد عنه مهما حاول هو .

المعالج : تقولين إذا أن باستطاعته عمل ما يريد وأن

المريضة : (تقاطعها) نعم لأنني نجحت فعلا في إقناعه أنني أحبه وأني لن أتركه .

المعالج : الآن ... إلى أي حد تعتقدين أن هذه الفكرة عنه خاطئة: أنك إذا أقمته به تهتمين به فعلا فإنه سوف يكرس حياته لك إلى أي درجة تصنفين بهذه الفكرة ؟ دعينا نبدأ بذلك

المريضة : لا أزال أصدق بها .

المعالج : تصنفين به تماما ؟

المريضة : لا أدري إذا كنت أصدق تماما ليس مائة بالمائة ولكنني لا زلت أشعر بأنه لا بد وأن يكون هناك طريقة لحمله على محاولة التغيير إذا ما أحس فعلا أنه قد يخسرني أنا أعرف أن التغيير صعب ولكن لم تبدر منه أي محاولة ، أنا الذي أقدم كل التنازلات .

المعالج : نعم ما الذي تعتقدين أنه من الضروري أن يحدث لكى تقتنعين بأنه لن يتغير مهما حاولتي ؟

المريضة : لا أعرف لا أعرف .

المعالج : لو افترضنا أنك تتحدثين مع أناس آخرين هل تعتقدن بأنه سوف يكون لديهم دليل كافي لو كانوا في موقفك ؟

المريضة : بالطبع سيكون هناك دليل وأنا أفهم ذلك ... ولكن يبدو أنني غير قادرة على تطبيق ذلك الفهم عمليا .

المعالج : لو كنت تتحدثين مع شخص في موقفك هذا ... فماذا ستقولين له ؟

المريضة : أعتقد أنني سوف أوضح له الواقع بلطف والواقع أنه تم بذل جهود جادة على مدى ثلاث سنوات ولم يحدث أي تغيير أو حتى مؤشر على أن هناك تغيير في المستقبل ، يبدو أن التغيير شبه مستحيل .

المعالج : نعم وإذا قال لك ذلك الشخص أنه مضطرب في هذه العلاقة وعاجز ويائس من القدرة على الخروج منها ربما يفكر في الانتحار إذا لم تتحسن هذه العلاقة ... فماذا ستقولين له ؟

المريضة : أعتقد أنني سوف أساعده على أن يدرك أن هناك بدائل .

المعالج : وما هي هذه البدائل ؟

المريضة : أحد هذه البدائل هو بناء علاقة مع الزوج بطريقة إيجابية أو محاولة العيش بعيدا عنه لتحسن الأمور ويغير من أسلوبه .

المعالج : لو كنت أنا الشخص الذي كنت تتحدثين معه ... وقلت لك عندما اقترحت عليه بناء علاقة بطريقة إيجابية ، لقد فشلت حتى الآن في بناء علاقة إيجابية ويبدو أنه من المستحيل أن أكون قادرا على تحقيق ذلك في المستقبل فماذا ستقولين لي ؟

المريضة : سوف أقول أن مصدر شعورك هذا هو إحساسك الآن بأنك تعيش ومحبط ولكن لو حاولت النظر إلى ما حدث في الماضي فسوف تدرك أنه سبق لك وأن أقمت علاقات ناجحة مع أناس آخرين ليس بالضرورة مع هذا الزوج ... ولكن مع صديقات مثلا . وليس هناك سبب يجعلك تعتقد أنه من الصعب عليك بناء علاقات إيجابية مع زوجك .

(٧) استخدام الأسئلة السocraticية لمساعدة المريضة على استكشاف ما سوف تجنيه لو أنها استطاعت أن تتخلص من سيطرة أفكارها السلبية عليها وكذلك استخدام فنية التحكم والاستمتاع بالنسبة للجواب الإيجابية في حياة

المریضة:

المعالج : طالما تمسكت بهذه الأفكار فسوف تتحكم فيك وتضعف

الدوافع الإيجابية لديك هل هذا صحيح ؟

المریضة : نعم .

المعالج : ولذلك سيكون أحد أهداف العلاج هو محاولة تفحص هذه

الأوهام (الأفكار) لمعرفة مدى صحتها بطرق مختلفة وإذا ما

فقدت الأوهام قدرتها على السيطرة عليك فسوف تجدین أمامك

العديد من الخيارات والفرص التي من الممكن الاستفادة منها.

هل باستطاعتك تصور ذلك تصوري ما الذي سيحدث لو

أنك تخليتي عن هذا الوهم ؟

المریضة : لا .

المعالج : على سبيل المثال ما الذي سيكون باستطاعتك عمله فيما

يخص وظيفتك لو لم تكوني مقيدة بهذه الأفكار ؟

المریضة : سأكون قادرة عل تغيير وظيفتي وظيفة أكثر تشويقاً من

وظيفتي الحالية وهو شيء أريد فعلاً الإقدام عليه في

الوقت الحالي .

المعالج : وما نوع الرضا الذي سوف تحصيلين عليه من جراء ذلك ؟

المریضة : سأحصل على رضا حقيقي ... لأنني سوف أمارس عملاً

لدى القدرة على ممارسته بصورة جيدة يتناسب مع ما

لدى من قدرات .

المعالج : وهل أنت راضية الآن ... قبل مجيئك إلى هنا ؟

المریضة : إلى حد ما .

المعالج : إذن لست راضية عن حياتك تماماً ؟

المریضة : نعم لست راضية تماماً .

المعالج : أليس من الممكن أنك غير راضية عن حياتك وعن عملك

لأنك تتوهمين أن مصدر رضاك الوحيد هو زوجك ؟

- المریضة : صحیح .
- المعالج : وهل أنت مرتاحة من علاقتك مع ابنك ؟
- المریضة : بالطبع مرتاحة .
- المعالج : ما هي آخر الأشياء التي قمت بها معه ؟
- المریضة : نقضي بعض الأوقات معا ... ونذهب للمكتبة معا وأذهب معا إلى أماكن أخرى .
- المعالج : كيف قضيتما هذه الأوقات معا؟
- المریضة : كان شيئا جميلا .
- المعالج : هل استمتعت بذلك ؟
- المریضة : نعم .
- المعالج : كيف تقيمين رضاك (استمتاعك) على مقياس من صفر إلى ١٠ ؟
- المریضة : حوالي ٨ .
- المعالج : وهل قمت بأشياء أخرى وشعرتي أنك راضية فعلا من جراء القيام بها ... هل هناك أشياء أخرى مع ابنك .
- المریضة : كنت أخرج معه في أيام محددة في الأسبوع قبل أن تسوء حالتي .
- المعالج : إذن كنت مرتاحة من ابنك في عدد من المناسبات. ماذا عن العمل ، أي نوع من الرضا تحصلين عليه في العمل
- التعامل مع الزميلات أو المراجعات ؟ هل شعرت في الفترة الأخيرة
- الأخيرة بالرضا عن شيء ما في عملك ؟
- المریضة : حصلت على ترقية في عملي أنيطت بي مسئوليات جديدة.
- المعالج : وهل شعرت بأنك راضية خلال قيامك بمسئولياتك الجديدة ؟
- المریضة : نعم أنا استمتع بالقيام بها .
- المعالج : يبدو مما تقولين الآن أنك تشعرين بالارتياح من عدد من الأشياء وحتى وأنت تعانين من الاكتئاب ؟

- المريضة : نعم ... هناك بعض الأشياء ولكنني أشعر بأنني لست على ما يرام وأحس بأن ما أحصل عليه من هذه الأشياء غير كافٍ لجعلي أرغب في الاستمرار على ما أنا عليه الآن.
- المعالج : دعونا نرى إذا كان من الممكن تحديد بعض هذه المشاعر السلبية هل هناك أي شعور سلبي مرتبط بأفكار معينة ؟
- المريضة : أعتقد أنني وحيدة وحيدة عاطفياً .
- المعالج : أنت معزولة عاطفياً ... هل تتكرر عليك هذه الفكرة ؟
- المريضة : نعم .
- المعالج : حسناً ... دعونا نتفحص هذا الاعتقاد ... إلى أي مدى تصدقين به الآن ؟
- المريضة : حوالي ٩٠ %
- المعالج : حوالي ٩٠ % . خلال اليوم أو خلال الأسبوع ، كم تقابلين (أو تتكلمين مع) من الناس ؟
- المريضة : عدد كبير من الناس .
- المعالج : هل هناك أي نوع من المشاركة الوجدانية مع أي منهم ؟
- المريضة : نعم ... ولكنها علاقات عادية .
- المعالج : لديك علاقات عادية مع عدد كبير من الناس . هل لديك علاقة قوية مع أي شخص منهم ؟
- المريضة : نعم لدى صديقة عزيزة علي ؟
- المعالج : ما اسمها ؟
- المريضة : جميله .
- المعالج : هل تشعرين بأنك معزولة عاطفياً عندما تتحدثين مع جميله ؟
- المريضة : بعض الأوقات لا .
- المعالج : إذن تشعرين بأن هناك مشاركة وجدانية عندما تتحدثين مع جميله ؟
- المريضة : نعم .

- المعالج : بالنسبة لابنك؛ هل تشعرين بأنك معزولة عاطفيا عندما تكونين معه ؟
- المریضة : لا ... لا أشعر بأنني معزولة عاطفيا معه ... ولكنني لا أود أن أعتد عليه في المساعدة العاطفية ... لأن ذلك حمل ثقيل على طفل .
- المعالج : صحيح بالطبع ليس من العدل أن تعتمد على طفل في ذلك ، وقد يكون من غير العدل أن تلقين بهذه المسؤولية على أي شخص..... لأن وضع كل البيض في سلة واحدة طريقة غير مأمونة..... كما يبدو أنك فعلت مع زوجك ما نريد أن نعرف الآن هو هل اعتقادك بأنك معزولة عاطفيا صحيح لم أن فيه شيء من المبالغة المبنية على علاقتك الغريبة مع زوجك ! ...قلت أن علاقتك مع جميله جيدة جدا وأن علاقتك جيدة مع ابنك وأن هاتين العلاقتين مرضيتان من الناحية العاطفية فماذا عن علاقتك مع زميلتك في العمل ؟
- المریضة : لدى علاقات معهن ولكنها لا تصل إلى مستوى الصداقة ولكنني أشعر بأنني قريبة مع عدد قليل من اللاتي أعمل معهن .
- المعالج : حسنا ... بالإضافة إلى جميله هل لديك صديقات؟
- المریضة : نعم .
- المعالج : واحدة ، اثنتان ثلاث !
- المریضة : ربما اثنتان أو ثلاث .
- المعالج : حسنا عندما تكونين معهن هل تشعرين بأنك معزولة عاطفيا ؟
- المریضة : لا .
- المعالج : إذن هناك جميله وابنك وصديقتان أو ثلاث تشعرين بأنك قريبة

منهن عاطفيا ؟

٨) استخدم الأسئلة الموقراطية لتفحص اعتقاد المريضة (الاستمرار في العلاقة غير الموافقة يعني أنها غريبة) ثم محاولة تحييد هذه الفكرة النافذة للذات .

المعالج : حسنا يبدو أن الأفكار مثل (أنا معزولة عاطفيا) تسبب لك الألم وقلت أنك تصدقين بهذا الاعتقاد ٩٠ % وراجعنا الأدلة عليه (معزولة عاطفيا وهي كلمة قوية) كيف تريين مدى صدقها الآن ؟

المريضة : هي ليست صحيحة من الناحية الموضوعية ... ولكن لا أستطيع القول بأن ذلك يجعلني أحسن مما كنت عليه .

المعالج : إذن على المستوى الشخصي لا زالت هذه الفكرة تسيطر عليك ولكنها غير صحيحة إذا نظرتي إليها نظرة موضوعية .

المريضة : هذا صحيح .

المعالج : هل لديك أفكار أخرى تضايقك كما قلتي أنتي أفكار نافذة للذات أي نوع من الأفكار النافذة ؟

المريضة : ألوم نفسي على الاستمرار في هذه العلاقة التي ليس من ورائها طائل وضارة بالنسبة لي وأقول لنفسي لو كنت أفهم الأمور لما استمرت فيها والآن أنا لم استمر فقط بل ألوم نفسي على الاستمرار .

المعالج : وماذا عن قولك (لو كنت أفهم الأمور لما استمرت فيها) ؟

المريضة : من الواضح أن هذا غير صحيح.....المسألة ليست مسألة نكاء.

المعالج : نعم لقد قلت بنفسك أنه من الأفضل لك التخلص من

هذه العلاقة وأنها تشبه حالة الإيمانإذن عندما تقولين

لنفسك أنك لا تفهمين الأمور تعليقا على استمرارك في

هذه العلاقة، هل هذه الجملة صحيحة ؟

- المریضة : لا.....لیست صحیحة .
- المعالج : ما نتیجة لوم نفسك بهذه الطریقة ؟
- المریضة : جعلني أسوأ مما كنت .
- المعالج : هل تشعرین الآن بأن هذه الجملة غیر صحیحة علی المستوى الاتفعالی؟
- المریضة : نعم غیر صحیحة .
- المعالج : بعض الأفكار التي لديك تسبب لك المعاناة و تخليك عنها يخفف عنك الألم..... ومن هذه الأفكار (أنتی لا استمتع بأي شيء فی الحياة) هذا الاعتقاد غیر صحیح أليس كذلك ؟
- لقد راجعنا الأدلة علیه من قبل.
- المریضة : نعم غیر صحیح .
- المعالج : إذن لابد وان تجابهی هذه الفكرة كلما لاحظت أنها تجول بخاطركإذا تعلمتی كيف تتظرن إلى الأمر نظرة عقلانية وتفكرین بطرقة أكثر واقعية فمن المتوقع أن تشعرین بأنك افضل مما كنت
- المریضة : اعتقد ذلك .
- المعالج : هل لاحظت ، فی الماضي أنك تشعرین بأن وضعك يتحسن كلما نظرتي للمواقف التي تمرین بها نظرة واقعية ؟
- المریضة : أحيانا يكون من الصعب التفريق بين الواقع و غیر الواقع لأنني أكون تحت سيطرة أفكاری .
- المعالج : الآن تستطيعین بإمكانك الآن النظر إلى العلاقات التي دخلتی فیها فی الماضي نظرة أكثر واقعية أليس كذلك؟

(٩) استخدام الأسئلة السocraticية في نهاية الجلسة والتعريف بتقنية

سجل الأفكار التلقائية وتسجيل الأنشطة (جدول النشاط) كواجبات منزلية لاختبار مدى صحة اعتقاد المريضة بأن (رضاها مرتبط بعلاقتها التي سببت المشكلة) ووضع أهداف للعلاج على المدى القريب والحصول على التزامها بالعمل مع المعالج لتحقيق هذه الأهداف. وبذلك يكون المعالج قد وفر للمريضة ما يمنعها من تطبيق أفكارها حول الانتحار قبل موعد الجلسة القادمة. هذا النوع من التفاهم والتعاون بين المريضة والمعالج يزيد من حرصها على العلاج ويقوى من أثر الفنيات العلاجية وبالتالي يقوض الشعور العام بفقدان الأمل.

المعالج : حسنا لدى هنا سجل يسمى السجل اليومي للأفكار التلقائية غير الفعالة. هل بإمكانك أخذه معك وفي كل مرة تشعرين بأنك لست علي ما يرام تحاولين تذكر ما إذا كنت قد فكرتي في شيء قبل أن تشعرين بأنك لست علي ما يرام مثل أنا حمقاء لأنني تمسكت بهذه العلاقة أو يجب أن أعرف أنها علاقة سيئة أو أنا غبية أي الأفكار التي تشعرين بعدم الارتياح. سجلي هذه الأفكار ثم حاولي الاستجابة لها (الرد عليها)

المريضة : حسنا .

المعالج : هذا شيء والشيء الآخر هو ... أعتقد أنه يجب أن ننظر في اعتقادك (إن زوجك هو المصدر الوحيد الذي يجعلك تحسین بالسعادة) هل بإمكانك إكمال (جدول النشاطات الأسبوعي) فيما بين الآن والموعد القادم تكتبين فيه اسم النشاط الذي قمتي به في وقت معين مثل الاجتماع مع صديقات، وتكتبين درجة رضاك عن النشاط ... يسمى هذا المقياس (مقياس التحكم والاستمتاع) من المحتمل أن لديك فكرة غير واضحة عن مقدار الرضا الذي تحصلين عليه مما تقوم به من أنشطة ؟

- المریضة : نعم .
- المعالج : لديك فكرة الآن حول ما قمت به اليوم حول الأشياء المهمة التي سوف تتعاملين معها ؟
- المریضة : نعم .
- المعالج : ما هي في نظرك ؟
- المریضة : اعتقد أنه يجب علي أن أجابه الأفكار التي لدى كتلك الأفكار التي جعلتني حبيسة وضع سلبي .
- المعالج : وما الذي سيحدث لو نجحت في تحدي هذه الأفكار ؟
- المریضة : أكون قادرة على التحرك والبحث عن مصادر أخرى أشعر بالرضا حيالها .
- المعالج : وهل تعتقدين أن ذلك يستحق المحاولة.....أنت تقولين أنك غير مستعدة الآن للتخلي عن هذه العلاقة ولكن هل أنت مستعدة لمجابهة الاعتقاد (أنها أساسية لشعورك بالسعادة).
- المریضة : نعم .
- المعالج : دعيني أطرح المسألة بشكل آخر ... حتى لو افترضنا أن زوجك كان مصدر سعادة لك هل من الحكمة أن نقول أنه هو المصدر الوحيد ؟
- المریضة : طبعاً لا .
- المعالج : ألا تعتقدين أن مجابهة هذا الاعتقاد شيء مجدي في كل الأحوال.. وفي هذه الحالة حتى لو عشت معه فلن تشعرين بالحزن إذا ما أقدم على عمل لا ترضين عنه ، لأنك لم تعودتي تعتبرينه مصدر السعادة الوحيد بالنسبة لك ؟
- المریضة : نعم .
- المعالج : إذا استطعت مجابهة هذه الأفكار بنجاح فسوف تتخلصين من المشكلة التي أنت فيها الآن ... أليس كذلك ؟
- المریضة : نعم .

- المعالج : وسوف تحسّن بأنك أكثر إقبالاً على الحياة هل بإمكانك تصور نفسك وقد تخلصتي من هذه الأوهام بصرف النظر عن علاقتك مع زوجك هل تستطيعين تصور نفسك وقد انتصرتي على هذه الأفكار ، على الأقل إلى الحد الذي تستطيعين فيه التفكير في بدائل أخرى ؟
- المريضة : اعتقد أن ذلك ممكن التحقيق .
- المعالج : هل تعرفين أناس استطاعوا عمل ذلك ؟
- المريضة : شيء معقول من الناحية الموضوعية .
- المعالج : هل تعتقدين أنه الممكن بالنسبة لك ؟
- المريضة : ربما .
- المعالج : هل تعتقدين أن ذلك يستحق المحاولة ؟
- المريضة : سأكون مستعدة للمحاولة .
- المعالج : إذا لديك دافع للمحاولة ؟
- المريضة : نعم .
- المعالج : حسناً أريد أن أقابلك بعد يومين اليوم الاثنين ما رأيك في الأربعاء سوف نستعرض بعض الأفكار السلبية التي لديك ثم نتعرف على مقدار الرضا الذي حصلت عليه من المطلوب في الواجب المنزلي ونتكلم قليلاً عن الأوهام ليس من الضروري مناقشة ما إذا كنت ستحدثين مع زوجك أم لا ... أعتقد أن المشكلة تكمن في التغلب على هذه الأوهام التي بدأت معك منذ فترة طويلة مما جعل أثرها عليك قوياً، ولكن كون هذه الأفكار تكونت لديك منذ فترة طويلة لا يعني بالضرورة أنها ستبقى معك إلى الأبد. وهكذا سوف نخصص جزء من العلاج لتحليل هذه الأفكار وتخليص نفسك منها ... سيكون ذلك أول أهداف العلاج وبعد تحقيقه ننتقل إلى أهداف أخرى.

- المريضة : حسنا .
- المعالج : هل حدث شيء أو قلت أنا أو أنت شيء أغضبك؟
- المريضة : أعتقد أن الحديث حول الموضوع يجعلني أتألم مؤقتا ولكن من الضروري طبعا التعامل معه لكي نتمكن من إيجاد حل له .
- المعالج : أنت إذن ترين أن الشعور بعدم الارتياح الآن أمر ضروري للدخول إلى المشكلة وبالتالي التعامل معها هل تصدقين بذلك فعلا ؟ إن الألم الذي تشعرين به الآن ألم ضروري وليس ألم عديم الفائدة، مثل الألم الذي يصاحب الشعور بأن الشخص مرفوض من شخص آخر. الألم الذي تشعرين به الآن له مردود إيجابي إذن بدأتِ ترين أن هناك حلول ممكنة لمشكلتك ؟
- المريضة : قد يكون هناك حلول ممكنة .
- المعالج : هل لديك أي سؤال تودين طرحه علي ؟
- المريضة : أعتقد أنني فهمت ما دار في الجلسة (Beck and Young, 1979).

الفصل الثامن : سجل الأفكار

يعتبر سجل الأفكار التلقائية (أحيانا يسمى السجل اليومي للأفكار غير الفعالة) من الفنيات الهامة في العلاج الاستعرافي السلوكي ، حيث أنه يوفر للمريض ، بالإضافة إلى الفنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى ، آلية لتحديد وتحليل الأفكار التلقائية غير الفعالة (Liese and Frana, 1996) وبالتالي إيجاد بدائل لها (Wright, 1996) . ويحرص المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على البدء في تقديم سجل الأفكار وتوضيح المطلوب فيه للمريض في مراحل مبكرة من العلاج الاستعرافي الانفعالي. وقد تم استخدام أشكال مختلفة لهذا السجل في العلاج الاستعرافي السلوكي ولكن يعد الشكل الذي استخدم من قبل قرينبرغر وباديسكي (Ggreenberger & Padesky, 1995) (انظر الشكل الكامل لهذا السجل في الجدول رقم (١) - الصفحة التالية) من أكثر السجلات المستخدمة دقة وشمولاً. و في الصفحات التالية سوف يتم شرح طريقة استخدام هذا السجل بشيء من التفصيل. ويفضل قبل أن تبدأ في تقديم السجل للمريض، إذا لم تكن قد تحدثت مع المريض عن الأفكار التلقائية وتأكدت من أنه يفهم ما هو المقصود بذلك من قبل، أن توضح له المقصود بالأفكار التلقائية، من وجهة النظر المعرفية السلوكية، على النحو التالي:

المعالج : دعنا نقضي بعض الوقت في الحديث عن المواقف والأفكار التلقائية والانفعالات التي سوف تسجل في سجل الأفكار. هل بإمكانك تذكر بعض الأوقات التي شعرت بالضيق (عدم الارتياح) فيها ؟

المريض : نعم ، بينما كنت في طريقى إلى قاعة المحاضرات

هذا الصباح.

المعالج : بما شعرت: حزين ،..... قلق،غاضب ؟

المريض : حزين.

سجل الأكل

جدول رقم (١)

| (١) الملاحظات: - مع من؟ - ماذا كانت تاكل؟ - متى كان ذلك؟ - أين كنت؟ | (٢) القيمة الغذائية: أ/ بها ثمرات ب/ قيم كل شعير (١٠٠-١٠٠٠%) | (٣) الأكل المتوقعة: (مصدر ذهني): أ/ بما كنت تأكل قبل أن تأخذ ب/ هذا الأكل (المشاعر) ب/ شع داخلة على فكر (الموثر): | (٤) الأكل التي عدتها: التحيرة الموثرة: | (٥) الأكل التي تتغير مع الفكرة الموثر: | (٦) الأكل/الموثر أو القيمة/أكل الفكرة بديلة أو معالجة للفكرة التي تغير الانتماءات للقيمة لئلا ب/ قيم مع تصديق كل فكرة بديلة (١٠٠-١٠٠%) | (٧) قيم حلقه النفسية: الآن: أريد تأكل الآن: أريد تأكل التي ثمرت بها لسي لصور ٣ رقاقة أو مشاعر جديدة |
|---|---|--|---|--|---|--|
| | | | | | | |

المعالج : ما الذي كان يدور بخاطرك ؟

المريض : كنت انظر إلى الطلاب الآخرين، يتحدثون أو يلعبون الكرة،

أو جالسون في الكافتيريا.

المعالج : ما الذي كان يجول بخاطرك عندما رأيتهم ؟

المريض : لن أكون في يوم ما مثلهم.

المعالج : حسنا. لقد ذكرت الآن ما نسميه بالفكرة التلقائية. وهي من

الأفكار الموجودة لدى كل الناس ويبدو وكأنها تظهر فجأة في رؤوسنا؛ لا نتمد التفكير فيها؛ لذلك نسميها تلقائية. تظهر هذه الأفكار بسرعة في معظم الأوقات ويكون وعينا بالانفعالات (في هذه الحالة الحزن) أكثر من وعينا بالأفكار. وفي الغالب تكون هذه الأفكار مشوهة بشكل أو بآخر ولكننا نتفاعل معها وكأنها حقائق.

المريض : نعم.

المعالج : سنحاول تدريبك على تحديد أفكارك التلقائية ثم فحصها

للتأكد من مدى دقتها. على سبيل المثال سوف نقيم بعد قليل الفكرة " لن أكون مثل هؤلاء الطلاب في يوم من الأيام ". ما الذي سيحدث لمشاعرك لو اكتشفت أن هذه الفكرة غير صحيحة - وأنه عندما يزول عنك الاكتئاب ستترك أنك مثل بقية الطلاب.

المريض : سوف أشعر بالارتياح.

المعالج : دعنا نكتب ذلك على الورقة. عندما ظهرت لديك الفكرة "

لن أكون في يوم ما مثل هؤلاء الطلاب " شعرت بالحزن. ألا ترى أن ما تفكر به يؤثر على ما تشعر به ؟

المريض : نعم.
 للمعالج : هذا ما نسميه بالنموذج الاستعراقي. وما سوف نقوم به
 بما هو تدريبك على تحديد أفكارك التلقائية عندما تلاحظ أن هناك تغير في
 مشاعرك. هذه هي الخطوة الأولى. سوف نتدرب عليها حتى تصبح سهلة
 بالنسبة لك. وبعد ذلك سوف نتعلم كيف نقيم هذه الأفكار ونستبدلها عندما
 نلاحظ أنها تفكر إلى النفاة. هل هذا واضح بالنسبة لك ؟

المريض : أعتقد أنه واضح .
 المعالج : ما رأيك في أن تكتب ذلك ؟ (١) حدد الأفكار التلقائية
 و(٢) قيم واستجب لهذه الأفكار هل بإمكانك أن
 توضح لي العلاقة بين الأفكار والمشاعر ؟

المريض : أحيانا تكون لدى أفكار خاطئة تجعلني أتضايق ولكن ما
 العمل إذا كانت الأفكار صحيحة ؟

المعالج : هذه مسألة هامة. في هذه الحالة نحاول إيجاد حل للمشكلة
 أو نحاول التعرف على ما يدعو للحزن إذا كانت الأفكار صحيحة. ومع ذلك
 فلاحتمال كبير في أنك سوف تجد أن هناك بعض الأخطاء في أسلوب التفكير
 لديك بسبب ما تشعر به. الأفكار السلبية جزء من الحالة النفسية السلبية. (المزيد
 من الأمثلة على المواقف والأفكار التلقائية)

المعالج : للمراجعة؛ هل باستطاعتك أن تقول لي ما تعرفه حول
 الأفكار التلقائية وعلاقتها بالمشاعر ؟

المريض : أحيانا تفكر الأفكار التلقائية إلى ذهني وأقبلها كحقائق ثم
 أشعر بالحزن، بالتوتر.....الخ.

المعالج : ممتاز. ما رأيك في أن يكون الواجب المنزلي لهذا
 الأسبوع أن تحاول تحديد بعض الأفكار التلقائية في هذا السجل (نقيم له سجل

الأفكار وتشرح له المطلوب وربما كان من المستحسن أن تطلب منه إكمال بعض الأعمدة، وليس كلها، ويعتمد ذلك على تقديرك لمدى قدرته على إكمال ما هو مطلوب منه كواجب منزلي وإحضارها معك الجلسة القادمة).

المريض : حسنا

المعالج : ما الذي دعاني إلى طلب ذلك من وجهة نظرك ؟

المريض : لأن الأفكار لا تكون دقيقة دائما وإذا ما قمت بالتعرف عليها عملت على تغييرها لكي تتحسن حالتي.

المعالج : صحيح- ما رأيك في كتابة المطلوب كواجب منزلي وهو: كلما لاحظت تغير في مزاجي؛ سألت نفسي: ما الذي يدور في ذهني الآن ؟ (J.Beck,1996).

وفيما يلي شرح لطريقة إكمال كل عمود من هذه الأعمدة السبعة بشئيه من التفصيل.

أولا : الموقف (العمود الأول) :

يسجل في هذا العمود، بأكبر قدر ممكن من الدقة، الموقف الذي انتابك (الكلام موجه للمريض) فيه للشعور. حاول تحديد الوقت الذي تحدث عنه. على سبيل المثال الساعة: ٨:٣٠ صباحا يوم السبت في قاعة المحاضرة وليس يوم السبت فقط.

وسوف نستعين بأربعة سجلات للأفكار (ليس من الضروري عرض هذه الأمثلة على المرضى، الهدف الأساسي من عرضها هنا هو إعطاء القارئ فكرة واضحة عنها) قام بملئها بدر (٧٠ سنة) يشكو من الاكتئاب ، مريم (٣٦ سنة) تعاني أيضا من الاكتئاب ، ليلي (٢٩ سنة) تعاني من نوبات القزع وفادي (٤٩ سنة)، الذي يتلقى العلاج للتخلص من مشكلة الاعتماد على الكحول

بالإضافة إلى الاكتتاب. وفيما يلي استجاباتهم للعمود الأول من سجل الأفكار:

| ١- الموقف (فلدى) | ١- الموقف (يلي) | ١- الموقف (مريم) | ١- الموقف (يلى) |
|---|--|--|---|
| الخميس الساعة ٥ عصراً. كنت أنتاجر مع زوجتي حول بعض الأمور العائلية | الساعة الرابعة عصراً. كنت أشتري بعض الحاجات للأطفال | الساعة ١ بعد الظهر. كنت انتظر وصول مديرة المدرسة التي تنوي التأكد من قيامي بعمل طلب منى فى وقت سابق | ١٠/٧ صفر. كنت أستعد للذهاب إلى ابني لتناول الطعام (اجتماع عائلي) الساعة ١ ظهراً |

أسئلة تساعد على إكمال العمود الأول:

يتم توضيح هذه الأسئلة وكذلك الأسئلة الخاصة ببقية الأعمدة (من قبل
المعالج وتعطى للمريض إذا لم تكن مكتوبة في السجل.

١- من الذي كان معك ؟

٢- ماذا كنت تفعل ؟

٣- متى حدث ذلك ؟

٤- أين كنت ؟

ثانياً: الحالة النفسية (العمود الثاني)

في هذا العمود يتم تسجيل الشعور (المشاعر) الذي انتاب المريض في
الموقف الذي ذكر العمود الأول وكذلك تقييمه له (لها): وضع درجة.

في الغالب يوصف الشعور (الانفعال) بكلمة واحدة. قد يكون هناك أكثر من
شعور، وفي هذه الحالة تكتب كلها وتقيم . إذا وصف المريض شعوره بجملة
كاملة فقد يكون ما يتحدث فكرة وليس شعور، و إذا كان الأمر كذلك فسجل

الجملة في العمود الخاص بالأفكار وأبحث عن كلمة تصف الشعور لتسجيلها في العمود (٢) .

إذا رغب من يعاني من نوبات الفزع أو القلق في تسجيل الأعراض الجسمية التي تصاحب هذين الاضطرابين فمن الممكن تسجيلها في هذا العمود. الأعراض المقصودة هنا تشمل مثلاً على تعرق (كلمة واحدة) أو أكثر من ذلك - سرعة نبضات القلب أو غير ذلك.

| ٢- الحالة النفسية: أ- ما شعرت ب- قيم كل شعور (١٠-٠) | ٢- الحالة النفسية: أ- ما شعرت ب- قيم كل شعور (١٠-٠) | ٢- الحالة النفسية: أ- ما شعرت ب- قيم كل شعور (١٠-٠) | ٢- الحالة النفسية: أ- ما شعرت ب- قيم كل شعور (١٠-٠) |
|---|---|---|---|
| حزن ٨٥% نم ٨٠% غضب ٩٩% ألم نفسي ٩٥% خوف ٧٠% | خوف ١٠٠% فزع ١٠٠% | اكتئاب ٩٠% عصبية ٩٥% خوف ٩٧% | |

ثالثاً: الأفكار التلقائية (الصور الذهنية) العمود الثالث :

يتم في العمود الثالث تحديد أي شيء خطر في بال المريض في الموقف الذي وصفه. قد تكون الأفكار لفظية أو مرئية (Visual). إذا كانت الأفكار على شكل صور ذهنية فيجب وصفها بكلمات. وبصورة عامة تسجل في هذا العمود: الأفكار، الاعتقادات، الصور الذهنية والمعاني التي تعطي للموقف كما هو موضح في الجدول رقم ٢ (الصفحة التالية) ((المثلة على ذلك لنفس الأشخاص الأربعة الذين استخدمت استجاباتهم في العمودين السابقين)) وينفس (الترتيب) :

جداول رقم (٢)

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>٢- الأفكار الثلاثية (المصور الذهنية)</p> <p>أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر)</p> <p>ب/ وضع دائرة على الفكرة المؤثرة</p> | <p>٣- الأفكار الثلاثية (المصور الذهنية)</p> <p>أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر)</p> <p>ب/ وضع دائرة على الفكرة المؤثرة</p> | <p>٣- الأفكار الثلاثية (المصور الذهنية)</p> <p>أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر)</p> <p>ب/ وضع دائرة على الفكرة المؤثرة</p> | <p>٣- الأفكار الثلاثية (المصور الذهنية)</p> <p>أ/ بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر)</p> <p>ب/ وضع دائرة على الفكرة المؤثرة</p> |
| <p>- زوجتي لا تهتم بما أريده</p> <p>- نحن دائما نطلب طلباتها</p> <p>- هي التي تتحكم بكل شيء</p> <p>- أنا أكره كونى عاضبا بصورة مستمرة</p> | <p>- بدأ قلبي بالخفقان</p> <p>- بدأت أتمرق</p> <p>- قد تتوقف عملية التنفس لدى</p> <p>- لا أستطيع أخذ ما يكتفينى من الهواء</p> <p>- أحس بضيق فى صدري</p> <p>- سوف أصاب بأزمة قلبية</p> <p>- أنا أفقد التحكم بنفسى</p> <p>- سوف أموت</p> <p>- أحتاج إلى رعاية صحية</p> | <p>- العمل لم يكتمل بعد وما أنجز منه لم ينجز كما ينبغي</p> <p>- سأكفئ فى إتمام العمل على الوجه المطلوب</p> <p>- لن أحصل على الترقية الوظيفية التى انتظرها منذ فترة</p> <p>- سوف يتم فصلى من وظيفتى</p> <p>- سوف أكون فسي موكف لا أحسد عليه أمام عائلتى إذا ما علموا بفشلى فى العمل</p> | <p>- هذه النماذج محزنة</p> <p>- لادى وادين وميشان مع عواللهم فى بلد آخر</p> <p>- لا أستطيع رويتهم بالقدر الذى أتمناه</p> <p>- عائلتنا لم وإن تعود كما كانت</p> <p>- الحياة السعيدة التى عشتها لن تكرر</p> |
| | <p>(صور ذهنية)</p> <p>- أستطيع رؤية نفسى ملقى على الأرض ولا أستطيع أن أتفلس</p> | | |

بعض الأسئلة التي تساعد على استنباط الأفكار التلقائية:

- ١- ما الذي كان يجول بخاطري قبل أن أشعر بما أشعر به الآن ؟
- ٢- ماذا يعني ذلك بالنسبة لي ، بالنسبة لحياتي أو بالنسبة لمستقبلي ؟
- ٣- ما الذي أخاف أن يحدث ؟
- ٤- ما هو أسوأ شيء يمكن حدوثه إذا كان ذلك صحيحا ؟
- ٥- ما علاقة ذلك بشعور وأفكار الناس من حولي ؟
- ٦- ما الذي يعنيه ذلك بالنسبة لشخص معين أو بالنسبة للناس بصورة عامة ؟
- ٧- ما هي الخيالات أو الذكريات التي تصاحب وجودي في هذا الموقف ؟

الأفكار المؤثرة :

يقصد بالفكرة المؤثرة، الفكرة الأكثر قدرة على إثارة الانفعال ، ولذلك فهي من الأفكار (قد يكون لدى المريض عدد من الأفكار المؤثرة التي تثير الانفعالات لديه - ويتم التعامل مع كل واحدة على حدة) التي يجب تحديدها وتفحصها وأحيانا تبديلها لكي نتمكن من التخلص من الانفعالات السلبية .

ولتحديد الأفكار المؤثرة يطلب من المريض، بعد تسجيل الأفكار التلقائية ذكر الانفعال الذي تثيره كل فكرة ثم يقيم شدة كل انفعال (١٠ - ١٠٠ %) وتكون الأفكار المؤثرة هي تلك التي تكون درجة الانفعالات المرتبطة بها عالية، على سبيل المثال :

الانفعال المصاحب (الحالة النفسية)

الفكرة

توتر ٣٠ %

لن يرضى عن ما قمت به

توتر ٩٠ %

هذا يعني أنني شخص سيئ

((من الواضح هنا أن 'هذا يعني أنني شخص سيئ' هي الفكرة الساخنة (المؤثرة))) .

رابعاً : الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة (العمود الرابع):

من الأمور التي يحرص عليها المعالج الاستعرافي السلوكي تشجيع المريض على استنباط ما يؤيد وكذلك ما يعارض الأفكار المرتبطة بمشكلاته الانفعالية ، ولذلك فإن السؤال (أين الدليل ؟) أهمية كبيرة في هذا النوع من العلاج والعمود الرابع هنا مخصص للأدلة التي تدعم فكرة المريض (الفكرة المؤثرة) في العمود الثالث.

يجب أن يشتمل هذا العمود على الأدلة الحقيقية التي تؤيد الفكرة المؤثرة وليس على التفسيرات وقراءة الأفكار: على سبيل المثال (بدر حلق فيني) مثال حقيقي ولكن عبارة (بدر حلق فيني وهو يعتقد أنني معنوه) ليست حقيقية ما لم يكن بدر قد قال ذلك فعلاً .

وللايضاح سوف نورد أمثلة لأدلة تدعم الأفكار المؤثرة لكل من بدر ومريم وليلي وفادي على التوالي (أنظر الجدول رقم ٣ في الصفحة التالية).

جدول رقم (٣)

| ٤- الأمل التي تدعم الفكرة المؤثرة | ٤- الأمل التي تدعم الفكرة المؤثرة | ٤- الأمل التي تدعم الفكرة المؤثرة | ٤- الأمل التي تدعم الفكرة المؤثرة |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - في السابق كنت أساعد حبيبتني في ربط حزام حداثها أما الآن لمهي تقوم بذلك بنفسها - لايتني وزوجها حبيبتها الخامسة ولم يموتوا في حاجة لمساعدتي - خرج أحمس (١٥ سنة) من المنزل لمقابلة أصدقائه - قام زوج لبتني بالأعمال، التي كان قبل ثلاث سنوات يطلب مساعدتي في القيام بها، بغيره | <ul style="list-style-type: none"> - أنا عديمة الفائدة - أريد التخلص من هذه الحياة - من الصعب تحمل هذا الألم - التخلص من الحياة هو ما سوف يخلصني من هذا الألم - جربت أنواع عديدة من السلاح النفسي وعدد ممن المعالجين وأنواع كثيرة من الأدوية ولم أحصل على نتيجة مرضية | <ul style="list-style-type: none"> - لدى خفقان - أنا أتعرق وذهني الموضين من أعراض الأزمة القلبية | <ul style="list-style-type: none"> - لا تهتم بذهابي إلى المستشفى لحضور جلسات الوفاة من الانتكاس (العودة إلى استخدام الكحول) - تلفني للقيام بأشياء لا أريد القيام بها - لا تقدر ما أقوم به من أعمال - تنظر إلى بازدياد - تكثر من الصراخ على |
| <ul style="list-style-type: none"> - لم يعد الأولاد وكذلك الأطفال لهم حاجة لي | <ul style="list-style-type: none"> - الفكرة المؤثرة - الأم شديد إلى درجة أنني لم أعد أطيق الحياة | <ul style="list-style-type: none"> - الفكرة المؤثرة - أنا الآن مصاب بأزمة قلبية | <ul style="list-style-type: none"> - الفكرة المؤثرة - إنها لا تهتم بي |

خامساً: الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة (العمود الخامس):

تدفع الأفكار التلقائية السلبية المريض إلى البحث والتركيز على المعلومات التي تؤيد ما توصل إليه من قرارات . وهذا بالطبع يطيل فترة استمرار الانفعالات السلبية لديه .

في العمود الخامس يطلب من المريض أن يقوم بعملية بحث جادة في ذاكرته (الأسئلة الموقراطية والاكتشاف الموجه) بهدف استدعاء الخبرات التي لا تتسم مع أفكاره السلبية . وفي معظم الحالات تكون النتيجة أن يتوصل المريض إلى ما يدل فعلاً على أن ما توصل إليه من أفكار سلبية لم تكن دقيقة، الأمر الذي يجعله يعيد النظر في هذه القرارات وبالتالي يكون قادراً على تصحيحها أو استبدالها بأفكار أخرى .

كان بدر، على سبيل المثال، يعتقد أن عائلته لم تعد بحاجة إليه وأنه أصبح سلعة مستهلكة ولكنه اكتشف بعد أن قام بعملية بحث في ذاكرته أن هناك وقائع تناقض ما توصل إليه وأن عائلته لا زالت تحتاج إلى مساعدته وتقدير خبراته وقدراته .

وفي الجدول رقم ٤ (الصفحة التالية) أربعة أمثلة لما يتم عمله في العمود الخامس لنفس المرضى الأربعة بدر، مريم ، ليلى وفادي على التوالي. في هذه الاستجابات يلاحظ القارئ أنه على الرغم من أن هناك بعض الأدلة التي تدعم الفكرة السلبية المؤثرة (العمود الرابع) هناك أيضاً أدلة كثيرة لا تتفق معها.

جدول رقم (٤)

| الأمثلة التي تتعارض مع الفكرة المؤيدة | الأمثلة التي تتعارض مع الفكرة المؤيدة | الأمثلة التي تتعارض مع الفكرة المؤيدة | الأمثلة التي تتعارض مع الفكرة المؤيدة |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - طلب مني زوج ابنتي المصيبة - بخصوص بناء غرفة جديدة - طلبت مني ابنتي مساعدتها - في منع اصفرار الأشجار لـ - الحقيقة وشرحت لها الكيفية التي - تمنع بها ذلك - استسلمت لإضحاك طفلي مرات - عديدة خلال اليوم - استمتع طفلي المصـ - بالتقصص التي رويتها لـه عن - ملوك أخته عندما كانت صغيرة . - استسلم طفلي (٥ سنوات) - للنوم عدا وضمتني في حضني . | <ul style="list-style-type: none"> - خبرني السابقة نذل عيسى أن - الحديث عن مشاعري بهجاني - أشعر بالارتياح . - شعرت في الماضي بالراحة في - التخاض من الحياة وبآلام نفسية - شديدة ولكنني كنت ألقب عيسى - ذلك وأعود إلى وضعي السابق . - تعلمت أن التفكير بطريقة - مختلفة يساعدي في تحسين - حالتي كما أنني أملك خصـ - إيجابية كثيرة وإن بإمكانني تقديم - الكثير من الأعمال المفيدة للـ - أشعر ببعض الأيسام بالتقصن - وبزوال الألم النفسي . | <ul style="list-style-type: none"> - قد يكون الخفاق ناتج عن القلق - أخبرني طبيبتي بأن القلب عضلة - وحيث أن استخدام العضلات - غير ضار فإن الخفقان الذي - أعاني منه غير ضار أيضاً . - سبق وأن حدث لي ذلك في - المطارات ولـ الطائرات - وعندما أفكر في الطيران . - كانت الفحقات التي أتمرض - لها تزول عندما أقرأ مجلة أو - أتناقش بطريقة صحيحة أو أـوم - بكتابة (سجل الأفكار التفاتنية) - أو لا أتوقع حدوث مـكروه لـي - بصورة مبالغ فيها . | <ul style="list-style-type: none"> - صبرت على طلبة السنين - الماضية التي كنت أعاني فـها - من مشكلات الإنسان عـي - الكحول . - كانت تشعني على الذهاب إلى - المستشفى لحضور جلسات منع - الانتكاس لمدة سنة - كانت مسيدة لرجوعي إلى - المنزل من العمل هذه الليلة . - تخبرني دائماً بأنها تحبني وتقوم - بعمل ما أطلب منها عندما تنتهي - المشاهدة بيننا (عد ما لا يكون - هناك خلاف) . |

أسئلة تساعد على التوصل إلى أدلة تنافض الأفكار المؤثرة :

١- هل سبق وأن حدث لي شيء يشير إلى أن هذه الفكرة غير صحيحة

١٠٠%

٢- ما الذي سأقوله لصديق عزيز عليّ إذا علمت بأن لديه مثل هذه الأفكار ؟

٣- ماذا سيقول صديق لي إذا علم بأن لدي مثل هذه الأفكار ؟ ما هي

الأدلة التي سوف يذكرني بها والتي توحى بأن هذه الفكرة

غير دقيقة ؟

٤- هل في العادة أفسر الموقف بطريقة مختلفة عندما تكون مشاعري مختلفة ؟ كيف ؟

٥- ما الأفكار التي ساعدتني في الماضي على التخلص من المشاعر السلبية؟

٦- هل سبق وأن تعرضت لهذا الموقف من قبل ؟ ما الذي حدث ؟ هل هناك

فرق بين الموقف الحالي وبين المواقف السابقة ؟ ما الذي تعلمته من

الخبرات السابقة وبالذات ما قد يفيدني الآن ؟

٧- هل هناك بعض الأشياء التي أقلل من أهميتها مع أنها في الواقع تنفي دقة أفكارتي؟

٨- هل سأنظر لهذا الموقف نظرة مختلفة بعد خمس سنوات من الآن ؟ هل

سأركز على جوانب مختلفة حول هذه الخبرة ؟

٩- هل تجاهلت أشياء إيجابية فيني أو في الموقف؟

١٠- هل توصلت إلى قرارات غير مبررة في العمود ٣ والعمود ٤ ؟

١١- هل أنا ألوم نفسي على أشياء لا أستطيع التحكم فيها ؟

ملاحظة: الأفكار الهدية الموزنة أو المعجلة (الصعود المسامح):

إضافة معلومة جديدة في كثير من الأحيان يغير تفسيرك للموقف بشكل جذري ويحدث تغييرات كبيرة على انفعالاتك (قد يزول الشعور بالحزن الذي ينتابك إذا فُلت في شيء مهم إذا علمت أن ٩٥ % من الذين حاولوا القيام بالشيء

نفسه قد فشلوا أيضا) .

إذا تبين لك بعد مراجعة ما كتبته في العمود ٤ وفي العمود ٥ أن الفكرة الأصلية (المؤثرة) التي كتبتها في العمود ٣ غير دقيقة فأكتب الفكرة (الأفكار) البديلة في العمود السادس وكذلك درجة التصديق بها. وفي الجدول رقم ٥ (الصفحة التالية) أمثلة على ذلك لتفحص الأشخاص الأربعة على التوالي.

وكما تلاحظ في الأمثلة السابقة تكتب الفكرة (الأفكار) البديلة في هذا العمود إذا كانت الأدلة لا تدعم الفكرة (الأفكار) التلقائية غير الفعالة. أما إذا كانت الأدلة تدعم جزئياً الفكرة (الأفكار) التلقائية غير الفعالة فتكتب فكرة موازنة / معدلة تكون عبارة عن ملخص للأدلة التي تؤيد وللأدلة التي تنقض الفكرة التلقائية الأصلية لا ينسجم مع محتوى الفكرة التلقائية غير الفعالة.

أسئلة تساعد على التوصل إلى تفكير بديل :

- ١- بناء على ما كتب في العمود ٤ والعمود ٥ من أدلة هل هناك طريقة بديلة للتفكير في الموقف أو لفهمه ؟
- ٢- أكتب جملة تلخص كل الأدلة التي تدعم (العمود ٤) وجملة تلخص كل الأدلة التي تتعارض مع الفكرة المؤثرة (العمود ٥). هل ربط هاتين الجملتين بحرف (و) يحولهما إلى فكرة متوازنة تأخذ بعين الاعتبار كل المعلومات التي تم الحصول عليها.
- ٣- لو افترضنا أن لدى شخص عزيزاً عليك ، وقع في هذا الموقف ، هذه الأفكار وهذه المعلومات فما النصيحة التي سوف تمضيها له؟ كيف من وجهة نظرك يجب أن يفهم الموقف ؟
- ٤- إذا افترضنا أن ما تفكر به صحيح فما هو أسوأ شيء ممكن حدوثه ؟ إذا كان ما تفكر به صحيحاً فما هو أفضل شيء ممكن حدوثه ؟ وإذا كان ما تفكر به صحيحاً فما هي النتيجة المعقولة لذلك ؟

جدول رقم (٥)

| ٦- الأفكار البديلة /الموازنة أو المعلة | ٦- الأفكار البديلة /الموازنة أو المعلة | ٦- الأفكار البديلة /الموازنة أو المعلة | ٦- الأفكار البديلة /الموازنة أو المعلة |
|---|--|---|---|
| <p>- كانت نظراتها غير الإيجابية لسي بسبب وجود أشياء تشغل بالها ١٠٠ %</p> <p>- ولقت إلى جانبي وشجعتي على حضور جلسات المستشفى وعلى الامتناع عن العودة إلى شرب الكحول ١٠٠ %</p> <p>- هي تهتم بي ٨٠ %</p> | <p>- الفقان والتمرق ناتج عن لاقسي وكوفي حول ركوب الطائرة ٩٥ %</p> <p>- أكد لي طيبي أن الفقان غير خطر، بالضرورة، وأن قلبي يعود إلى وضعه الطبيعي خلال دقائق ٨٥ %</p> | <p>- على الرغم من أن الأسم النفسي الذي أعاني منه شديد فإن التعهدت عنه يساعد على تخيله كما حدث معي في الماضي ١٥ %</p> <p>- من المهم إدراك أن هذا الأسم ليس يلزم وأنتي سوف أشعر بالتحسن مرة أخرى ١٠ %</p> <p>- التخلص من الحياة ليس الحل الصحيح ٢٠ %</p> <p>- تعلمت مهارات جديدة قد تساعدني على تغيير الأنماط السلوكية القديمة الموجودة لدى ١٥ %</p> <p>(من الواضح أن درجة تصديق مريم بالأفكار البديلة لم تصل إلى الحد المرجو وهذا يعني أنها ليس بحاجة إلى المزيد من البحث عن ما يلزم هذه الأفكار البديلة ومن الممكن تدعيم هذه الأفكار باستخدام التعارب السلوكية التي سوف يتم التطرق لها في الجزء الخامس بها)</p> | <p>- صحيح أن أولادي لم يولدوا بحاجة إلى كما كانوا في السابق ولكنهم يستقنون بالجلوس معي ويطلبون النصع ملي ٨٥ %</p> <p>- كنت محل اهتمامهم عندما اجتمعا لتناول الطعام ولو أن هذا الاهتمام أقل مما كان عليه لسي السابق ٩٠ %</p> |

٥- هل يستطيع شخص، تتق به، فهم الموقف بشكل آخر ؟

سابعاً : قيم حالتك النفسية الآن (العمود السابع) :

في هذا العمود يقوم المريض بإعادة تقويم الانفعالات التي كتبتها في العمود الثاني بعد إكمال الأعمدة الستة الأولى في سجل الأفكار . وفي معظم الأحيان يكون هناك تغييرات إيجابية على الانفعالات التي يشكو منها المريض.

وهنا بعض الأمثلة لنفس الأشخاص الأربعة على التوالي :

| ٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة | ٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة | ٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة | ٧- أعد تقويم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في العمود ٢ وكذلك أي مشاعر جديدة |
|--|--|--|--|
| حزن ٢٠ % | خوف ٢٥ % | لكتئاب ٨٥ % | حزن ٢٠ % |
| ألم نفسي ٣٥ % | قزع ٢٠ % | عصبية ٨٠ % | نم ٤٠ % |
| حزن ٣٠ % | | خائفة ٩٠ % | |

كما تلاحظ في الأمثلة السابقة حدثت تغييرات إيجابية كبيرة على انفعالات بدر ، ليلي وفادي ولكن التغير كان طفيفاً بالنسبة لمريم . وإذا ما لاحظت درجة تصديق مريم للأفكار البديلة في العمود السادس وجدت أنها منخفضة أيضاً وهكذا طالما أنها لم تصدق بالأفكار البديلة فإن احتمال تحسن حالتها يكون ضعيفاً تبعاً للنموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية، وهذا لا يعني أنها لن تستفيد من العلاج بقدر ما يشير إلى أنها في حاجة إلى المزيد من العمل مع الأفكار غير الفعالة من خلال التعامل اللفظي مع هذه الأفكار ومن خلال القيام بتجارب سلوكية (أنظر الجزء الخاص بالتجارب السلوكية في هذا

القيام بتجارب سلوكية (أنظر للجزء الخاص بالتجارب السلوكية في هذا الكتاب) لتتحصن هذه الأفكار وإيجاد أفكار فعالة بديلة لها.

ملاحظات عامة حول سجل الأفكار :

(١) كلما زاد عدد سجلات الأفكار التلقائية التي تم إكمالها كلما كان التحسن أسرع .

(٢) هناك صعوبة في استنباط أدلة تقنع المريض بأن اعتقاداته غير دقيقة ولكن قيام المريض بالبحث عن وتسجيل (كتابة) الأدلة التي تؤيد وكذلك التي تتعارض مع الاعتقاد هي السر وراء خفض حدة الانفعالات السلبية .

(٣) أحيانا يقول المريض لماذا يجب على كتابة الأدلة في السجل ، ألا يكفي أن أتذكرها. وفي هذا الخصوص أثبتت الممارسة الإكلينيكية للعلاج الاستعرافي السلوكي أن أثر الأدلة المكتوبة في تغيير الأفكار غير الفعالة أقوى بكثير من أثر الأدلة التي يتذكرها المريض فقط .

(٤) الأفكار البديلة (العمود السادس) ليست تفكير إيجابي (كان يقول الفرد ليس هناك مشكلة) أو إيجاد مبررات منطقية كأن يقول الفرد) هم فعلا قاموا ولكن لماذا اهتم بما حدث (، التفكير بهذه الطريقة قد يؤدي إلى مشكلات أكبر. فلو أن بدر مثلا قال (هم يريدونني أكثر من أي وقت مضى) (تفكير إيجابي) فقد يؤدي به ذلك إلى تجاهل التنغيعات الإيجابية الحقيقية في عائلته، ولو قال (هم لم يعودوا بحاجة إلى وهذا شيء لا يهمني) فقد يزيد ذلك من شعوره بالعزلة .

(٥) يجب أن تعتمد الأفكار البديلة على الأدلة لأن ذلك يساعد المريض على فهم خبراته بطريقة تقلل من ألمه النفسي وتزيد من احتمال عدم تعرضه له مستقبلاً لأن هذا النوع من الأدلة أكثر قابلية للتصديق من التفكير الإيجابي أو التفكير المنطقي .

(٦) الهدف من سجل الأفكار ليس التخلص الكامل من الانفعالات السلبية بقدر ما هو جعل الانفعال يتناسب فعلاً مع الموقف .

(٧) بعد إكمال من ٢٠ - ٥٠ سجل للأفكار يكون بمقدور معظم الناس التوصل إلى أفكار بديلة أو متوازنة في المواقف الصعبة دون حاجة لإكمال سجلات الأفكار . وعندما يصل المريض لهذه النقطة يقل عدد المواقف التي تزعجه بشكل أكثر من المعتاد لأنه يكون بإمكانه التعامل بنجاح مع المواقف التي تواجهه مما يؤدي إلى تحسن كبير في حالته .

(٨) إذا لم يحدث تحسن في حالة المريض باستخدامه سجل الأفكار فقد يكون من الضروري التعامل مع الأفكار الأساسية Core belief (المخطوطة) التي تم التطرق لها (وسوف يتم التطرق لكيفية التعامل معها في مواضع أخرى من هذا الكتاب) (Ggreenberger & Padesky, 1995).

الفصل التاسع: التجارب السلوكية وحل المشكلات

قد يتضح للمعالج والمريض بعد القيام بتحديد المواقف والانفعالات والأفكار التلقائية وإيجاد الأفكار البديلة كما يحدث عند إكمال سجل الأفكار أن :

أ/ المريض توصل إلى أفكار بديلة أو موازنة تتسم مع المعلومات التي يجمعها المريض بالتعاون مع المعالج ولكن درجة تصديق المريض بهذه الأفكار ضعيفة وبالتالي لم تؤدي هذه الأفكار البديلة إلى خفض درجة الانفعالات السلبية لديه. أو: ب/ المريض اكتشف بعد إكمال سجل الأفكار أن هناك مشكلة حقيقية تحتاج إلى حل .

الحالة الأولى (أ) تتطلب القيام بتجارب سلوكية لاختبار الاعتقادات البديلة ، والحالة الثانية (ب) تتطلب الشروع في حل ما ظهر من مشكلات (Greenberger & Padesky, 1995) . وهذا ما سوف نتحدث عنه في الصفحات التالية:

التجارب السلوكية :

تصمم التجارب السلوكية بإتباع الخطوات التي تستخدم في البحوث العلمية: تصاغ فروض محددة ثم يقوم الباحث بفحصها، وفي التجارب السلوكية يقوم المعالج بالخطوات التالية :

- ١- تحديد الفكرة التي سوف يتم تفحصها في التجربة السلوكية: " إذا أخبررت زوجي بما أشعر به فعلاً ، فسوف يغضب مني " .
- ٢- مراجعة الأدلة :

الأدلة التي تزيد الفكرة ، وكذلك الأدلة التي تناقضها ، قد يكون هذا الإجراء بحد ذاته عاملاً مساعداً قوياً في إضعاف الأدلة المؤيدة للفكرة السلبية .

٣- صمم تجربة محددة واضحة لاختبار صحة التوقعات الموجودة لدى المريض :

يجب أن يكون ما سيفعله المريض واضحاً لكلا الطرفين ، كما أنه من المفترض أن تصمم التجربة بطريقة يكون احتمال التوصل إلى نتائج إيجابية فيها كبير جداً. من الممكن، على سبيل المثال، إعداد المريض للقيام بتجربة سلوكية لاختبار صحة الفكرة " إذا أخبرت زوجي بما أشعر به فعلاً فسوف يغضب مني" من خلال (١) مناقشة الكيفية التي تعبر بها الزوجة عن شعورها و(٢) قيام المعالج باستخدام فنية لعب الأدوار للتأكد من قدرة المريضة على القيام بما هو مطلوب منه في التجربة.

٤- لاحظ النتيجة :

كما هو الحال مع كل الواجبات المنزلية يجب أن تصمم التجربة بطريقة تضمن أن المريض لن يكون خاسراً مهما كانت النتائج. إذا مرت التجربة بسلام فلن يغضب الزوج وهذا شيء جميل: ، تعلمت المريضة بالتجربة أن الأفكار ليست صحيحة دائماً، أما إذا لم تمر التجربة بسلام وغضب الزوج فمن الممكن الاستفادة مما حدث أيضاً: ما الخطأ الذي حدث في تنفيذ التجربة؟ هل يكمن ذلك في ما قامت به المريضة؟ هل تغلبت الأفكار السلبية على نواياها الطيبة؟ وعندما تحدد المشكلة يكون بالإمكان وضع خطة تتلاءم مع الوضع بطريقة أكثر فعالية في المرة القادمة . وهكذا بالإمكان استخدام ما يبدو وكأنه نتائج سلبية بصورة بناءة .

٥- التوصل إلى نتيجة معينة :

وكخطوة أخيرة من المفيد صياغة فكرة (نتيجة) مبنية على ما حدث ، وفي المثال السابق تكون النتيجة التي تم التوصل إليها " لا تبني اقتراضات حول ردود فعل الآخرين تجاهك اكتشف ذلك بنفسك" (Fennell,1991) .

أحياناً يجب أن تطبق المهمة بالتدريج بحيث يبدأ المريض بخطوة صغيرة تصل فيما بعد إلى قيامه بالسلوك المستهدف كما في المثال التالي: أدرك أحد المرضى (الذي يخشى ركوب الطائرات ويخاف من التعرض لنوبة قلبية) وهو في مكتب المعالج، حيث تكون درجة القلق لديه منخفضة، أن التغيرات الجسمية (الخفقان والتعرق وضيق التنفس) مجرد أعراض للقلق وليست مؤشراً على إصابته بأزمة قلبية ولكن عندما تحدث له نوبة الفزع وهو خارج مكتب المعالج يعتقد بأنه سوف يموت .

فبدأ المعالج بمساعدة المريض في القيام بسلسلة من التجارب السلوكية لتفحص أفكاره البديلة عندما يكون قلقاً .

١- قام المريض مع المعالج بإجراء بعض التجارب (في مكتب المعالج) التي تهدف إلى زيادة معدل نبضات القلب وإلى التعرق وللشعور بالضيق في الصدر (Chest tightness) من خلال قيامه بالجري في مكانه أو ممارسة التنفس السريع (سوف يأتي ذكره في الصفحات التالية). واستطاع المريض بذلك إظهار الأعراض التي تسبب له الفزع خلال دقيقة أو دقيقتين . وكانت درجة القلق لديه منخفضة. (في المكتب - جلبت الأعراض بنفسه باستخدام الجري أو التنفس السريع) وهكذا فإنه من الممكن أن أعاني من سرعة نبضات القلب ومن التعرق دون أن أصاب بأزمة قلبية .

٢- ثم قام المريض بالعديد من التجارب السلوكية بهدف جلب هذه الأعراض خارج مكتب المعالج: مارس المريض بعض التمارين الرياضية لرفع معدل نبضات قلبه وزيادة التعرق لديه بشكل يومي وقام بتفحص اعتقاده بأنه لن يصاب بأزمة قلبية. قد يقول المريض (حسناً ، ليس لدى مشكلة الآن ولكنني قد أصاب بأزمة قلبية لو مارست التمارين لفترة أطول) وفي هذه الحالة بإمكان المعالج أن

يطلب منه زيادة وقت التمارين الرياضية لاختبار هذه الفكرة. لاحظ أن لدى المريض تقارير طبية تثبت أنه لا يعاني من مشكلات قلبية (أو صدحية أخرى) وبالتالي فإن بإمكانه ممارسة التمارين الرياضية. ٣ - وكانت الخطوة التالية قيام المعالج بتشجيع المريض على تخيل ركوب الطائرة من البداية حتى النهاية حتى ارتفع معدل نبضات قلبه وزاد تفرقه نتيجة للقلق. أكتعت هذه التجارب المريض أن القلق وحده قد يؤدي إلى زيادة نبضات القلب وإلى التعرق، وأكتنع من خلال تخيل ركوب الطائرة أن ظهور هذه الأعراض لا يعني أنه سيصاب بأزمة قلبية وتمكن أخيراً من حجز مقعد على إحدى الرحلات وهو السلوك الذي كان يتقاده لفترة طويلة.

وفي الطريق إلى المطار لاحظ المريض لاحظ أن قلبه بدأ في الخفقان فذكر نفسه بالأوقات التي حدث له ذلك عندما كان يمارس التمارين الرياضية أو يشعر بالقلق وكيف أنه لم يصاب بأزمة قلبية على الرغم من أنه كان يعتقد أنه سوف يصاب بذلك. وعلاوة على ذلك قام المريض، بهدف التأكيد على أن الأعراض التي ظهرت له وهو في طريقه للمطار، هي أعراض قلق وليست أعراض أزمة، قلبية قام بتحويل تركيزه (سوف يتم عرض مثال آخر لتوضيح استخدام هذه التقنية في الصفحات التالية وكذل عند الحديث عن فنية صرف الانتباه) على تقرير ينوي إتمامه أثناء رحلته بدلاً من التركيز على جسمه واختفت أعراضه بعد ١٠ دقائق من التركيز على التقرير. أدرك المريض أن تحويل التركيز يخفف من القلق وليس من الأزمة القلبية وبدأ يتنفس بسهولة. وبالنظر إلى ما لاحظته هنا مضافاً إلى ما تعلمه من التجارب السلوكية السابقة - تأكد أن مشكلته مشكلة قلق وليست وجود مرض في القلب (Greenberger & Padesky, 1995).

التجارب السلوكية التي تستخدم مع مرضى اضطرابات الفزع اللذين يسيلون
تفسير الاحساسات الجسمية التي تحدث لهم

- التنفس السريع

تستخدم هذه الطريقة مع اللذين يعانون من نوبات الفزع . الهدف من علاج
نوبات الفزع هو تغيير تفسيرات المريض المأسوية للإحساس الجسمي الذي
يصاحب هذه النوبات . ومع أن مناقشة البدائل لهذه التفسيرات السلبية يفيد مع
بعض من يعانون من نوبات الفزع يجد بعض المرضى صعوبة في تغيير
تفسيراتهم السلبية مما يستلزم الاستعانة بالتجارب السلوكية التي تظهر لهم
إمكانية اختفاء أعراضهم أو إمكانية جعل أنفسهم يحسون بهذه الأعراض
وبالتالي التوصل إلى تفسيرات بديلة لما يحدث لهم . ومن التفسيرات البديلة
التي تستخدم بكثرة مع مرضى نوبات الفزع: أن ما يحسون به مجرد نتيجة
للطريقة التي يتنفسون بها أكثر مما هو نتيجة للأشياء التي يخاف المريض من
أنه مصاب أو سوف يصاب بها . وتعتمد التجارب السلوكية المبنية على هذا
الافتراض على التعرف على ما إذا كان التنفس بطرق معينة بشكل طوعي
يجعل المريض يحس بالأعراض التي يحس بها عندما تأتيه نوبات الفزع .
ويتم التأكد من ذلك على النحو التالي: يطلب المعالج من المريض أن يتنفس
بسرعة مستخدماً فمه وأنفه ، يفرغ كل الهواء من رتتيه ويملاهما تماماً في
عمليات الشيق والزفير لمدة دقيقتين تقريباً مع إعطاء المريض الحرية في أن
يتوقف متى شاء ، وفي الغالب لا يبلغ المعالج المريض بما سوف يحدث وذلك
لتفادي ما قد يحدثه توقع المريض من أثر . وبعد ذلك يسأل المعالج المريض
عما إذا كان ما أحس به يشبه بشكل أو بآخر ما يحس به خلال نوبات الفزع .
من المهم هنا أن يطلب من المريض أن يذكر أوجه الشبه وكذلك الاختلاف بين
ما حدث له وما يحدث له أثناء النوبة . وبعد ذلك تناقش الاختلافات ، على
سبيل المثال قد يقول المريض أن ما أحس به مشابه لما يحدث خلال النوبة
ولكن قلقة أقل ، وحينئذ بإمكان المعالج القول " ماذا كنت ستقول لنفسك وكيف

ستشعر لو أنك أحسست بهذه الأعراض بصورة غير متوقعة خارج العيادة . وفي الغالب يكون الجواب " أتصور أنني سوف أصاب بنوبة قلبية " وأشعر بالفزع .

- تحويل التركيز (صرف الانتباه)

يؤدي تركيز المريض على وظائف جسمه أحياناً إلى حدوث الأعراض التي تصاحب نوبة الفزع والتي يسيء تفسيرها مريض نوبات الفزع وبالإمكان استخدام ذلك في تجربة سلوكية :

على سبيل المثال كانت ربة منزل (٤٢) سنة تعتقد أن لديها مرض في القلب (التصديق - ٦٠%) مع أن الفحوصات وكلام الطبيب تثبت العكس، وعندما سئلت عن ما يثبت أنها تعاني من مرض القلب أجابت " أنها تحس بضربات قلبها وهو ما لا يحدث لزوجها أو صديقاتها وهذا يشير إلى أن لديها مرض في القلب " . وكنتفسر بديل اقترح المعالج أنه من الممكن أن تفكيرها بأن لديها مرض في القلب هو سبب المشكلة ، لأن اعتقادها بذلك يجعلها تركز على جسمها مما يزيد من وعيها بقلبها . وعندما سئلت عن رأيها في التفسير البديل قالت " أنتم الأخصائيون النفسيون لديكم القدرة على إيجاد تفسيرات ذكوة يصدق بها بدون شك بعض الناس أما أنا فلا أعتقد أن لتركيزي على جسمي هذا الأثر الكبير الذي يجعلني أحس بما أحس به " . وبدلاً من مناقشة وجهة نظرها قال المعالج " ربما كنت على حق ولكن للحصول على مزيد من المعلومات دعينا نجري تجربة لاختبار مدى قوة تركيزك : طلب منها المعالج أن تغلق عينها وتركز على قلبها . هذا التركيز جعلها تحس بنبضات قلبها فسي جبهتها ورقبتها وذراعيها وصدرها وساقها دون أن تلمس أي من هذه الأعضاء . وبعد ذلك طلب منها أن تركز على محتويات الغرفة وتصف ما ترى بصوت عالي، وبعد أن فعلت ذلك لم تحس بتلك النبضات . خفضت هذه التجربة درجة تصديقها بأن لديها مرض في القلب إلى ٣٠ % وزادت درجة تصديقها

بالتفسير البديل، وشجعها المعالج على استخدام فنية صرف الانتباه لمقاومة نوبات الفزع .

بالإمكان أيضاً استخدام المزيد من التجارب السلوكية التي تثبت دور الأفكار في نوبات الفزع باستخدام التفكير فقط لإحداث أعراض مشابهة لأعراض نوبات الفزع. ومن ذلك أن تطلب من المريض أن يتمن في وقرأ بصوت عالي سلسلة من الكلمات المطبوعة على كروت: مجموعات من كلمتين ، واحدة عبارة عن أحد الأحاسيس الجسمية والأخرى عبارة عن حدث مأساوي (على سبيل المثال : ضيق في التنفس - الاختناق؛ الخفقان - الموت) .

في الغالب عندما يقرأ المريض هذه الكروت يحس بما هو مكتوب فيها. وبالإمكان أيضاً استخدام التخيل؛ يتخيل المريض نفسه في وضع قد يؤدي إلى نوبة الفزع ، ويبدأ في ملاحظة أحاسيسه الجسمية ، ثم يتخيل حدوث ما يخشاه . وبإمكان المعالج، إذا نجح المريض فسي هذه التجربة، استخدام ما تمت ملاحظته ليوضح للمريض كيف يؤثر التفكير في حدوث نوبات الفزع .

- تجارب سلوكية مع اضطرابات أخرى :

أم تسيطر عليها فكرة أنها أم فاشلة ولا تستطيع القيام بدورها كربة بيت. وعندما تطلب منها تقديم دليل على صحة اعتقادها ذكرت حادثة وقعت لها ذات صباح: لكي تصل في وقت مبكر للمدرسة، أخذت طفلها إلى إحدى قريباتها قبل الوقت الذي اعتادت فيه ذلك بثلاثة أرباع الساعة. وبعد أن أخذت طفلها، بعد خروجها من العمل، لاحظت أنه ليس في وضع طبيعي طيلة اليوم وفسرت ذلك بأنها أخطأت في حقه (درجة التصديق ٨٥%) لأنها لم تلعب معه وتداخبه قبل أن تذهب إلى العمل بما فيه الكفاية ، ورأت أنه يجب عليها التخلي عن خطتها الجديدة . أشار المعالج إلى أنه من الممكن أن يكون هناك تفسير بديل لما حدث؛ كأن يكون طفلها ليس على ما يرام بصرف النظر عما فعلت هي .

وللتأكد من ذلك وافقت على أن تواصل تنفيذ خطتها الجديدة وتأخذ طفلها إلى قريبتها قبل الوقت المعتاد بـ ٤٥ دقيقة لمدة أسبوع. وخلال هذه الفترة تبين لها أن الطفل قد تكيف تماماً مع الوضع الجديد. ونتيجة لهذه التجربة ضعف اعتقادها بأنها لا تجد دورها كام وشعرت بتحسّن فكرتها عن نفسها .

وكان أحد رجال الأعمال يعاني من قلق شديد إذا تحدث أمام جمع من الناس وكان يعتقد بأن زملائه يلاحظون قلقه (التصديق ٦٥%) وبالتالي سوف يفقد احترامهم (التصديق ٤٠%). وعندما سئل عن ما لديه من أدلة تؤكد أن زملائه سوف يعرفون أنه قلق قال : إذا شعرت بالقلق فلا بد وأن يلاحظ الناس ذلك. واختبار هذا للتوقع طلب منه المعالج أن يلقي خطاباً قصيراً ويسجله على شريط فيديو. خلال عملية التسجيل شعر بقلق شديد ولكن المفاجأة بالنسبة له أنه عندما شاهد الشريط لم يستطع العثور على أي مؤشر على أنه قلق وبالتالي فليس هناك شيء غير مألوف يوحى للآخرين بأنه قلق (انخفضت درجة تصديقه بأن زملاءه يلاحظون قلقه إلى ٣٠%) (Clark, 1991). (انتظر استخدام هذه التقنية في علاج الخوف الاجتماعي) .

-أمثلة مختصرة لتجارب سلوكية يستطيع المعالج الاستفادة منها:

| المشكلة | التجربة السلوكية |
|----------------|--|
| الخوف من الرفض | يطلب من المريض القيام بشيء من المحتمل أن يولجه المريض بالرفض فيه (يطلب من شخص أن يعمل له شيء يطلب من شخص أن يذهب معه إلى مكان ما ... الخ) |
| الكمال | (١) يطلب من المريض تمديد الخطأ في عمل شيء (شيء لا يؤدي للخطأ فيه إلى نتائج سلبية غير مقبولة). (٢) يطلب من المريض اعتبار أداء مهمة معينة منتهياً حتى لو كان فيه أخطاء. (٣) يطلب من المريض أن لا يخلق وجهه في يوم من الأيام أو يلبس لباس علدي جناً (Trower, Casey & Dryden, 1992). |

ملاحظات عامة حول التجارب السلوكية

(١) لتسهيل عملية قيام المريض بالتجارب السلوكية يقوم المعالج بالتفريق (بوضوح للمريض الفرق) بين التجارب السلوكية (الواجبات المنزلية) التي يتم إعدادها بالتعاون بين المعالج والمريض بهدف مساعدة المريض على التغلب على مشكلاته وبين الخبرات السابقة للمريض حول الواجبات (الواجبات المدرسية في الغالب) والتي يطلب من الشخص، في الكثير من الحالات، القيام بها دون مراعاة لحاجاته الشخصية .

(٢) قد يحتاج المريض إلى القيام بعدد من التجارب السلوكية قبل أن يستطيع تبني الاعتقادات البديلة (J. Beck, 1995) .

حل المشكلات

عندما يتضح أن هناك مشكلات واضحة (ليس هناك مبالغة في تفسير المريض لما يحدث من حوله) تساهم في استمرار الصعوبات التي يعاني منها المريض فلا بد من التعامل معها إلى جانب الاستمرار في استخدام الفنيات الأخرى اللازمة لتحسين حالة المريض . ويفضل هنا للتعامل مع المشكلة، ضمن الإطار العام للعلاج الاستعرافي السلوكي، أن تستخدم الطريقة السوفراطية لتفحص الأفكار المرتبطة بالمشكلة أو المسببة لها (J. Beck, 1995) كما يجب أن يعمل المعالج مع المريض سوياً في سبيل إيجاد حل للمشكلة أو المشكلات المستهدفة (Hawton and Kirk, 1991) .

وقد اقترح قاث ومينورز - وليس Gath and Mynors-Wallis أن يتم التعامل مع المشكلات التي تظهر لدى الذين يعانون من صعوبات نفسية تبعاً للمراحل التالية :

المرحلة الأولى: وصف وتبرير استخدام حل المشكلات ويشمل ذلك على :

أ/ التعرف على المشكلات :إعداد قائمة بالمشكلات من خلال طرح الأسئلة الاستكشافية للمشكلات المرتبطة بعلاقات المريض مع الآخرين أو بعمله أو بسكنه أو بأموره المالية أو بصحته أو بنشاطاته الترفيهية.

ب/ إدراك العلاقة بين الأعراض الانفعالية وبين المشكلات: لابد من أن يدرك المريض الدور الذي تلعبه المشكلات الموجودة لديه في الأعراض الانفعالية التي يعاني منها وأن التعامل مع هذه المشكلات قد يؤدي إلى تحسن حالته النفسية. كما يوضح المعالج للمريض أنه من الممكن التعامل مع مشكلاته مع الاستمرار في استخدام الفنيات العلاجية الاستعرافية السلوكية. في تخصص الجوانب الاستعرافية لديه. ومن المفترض أن يظهر المعالج شيئ من التناول، غير المبالغ فيه، في إمكانية التخلص من هذه المشكلات لرفع مستوى دوافع المريض للعمل على التغلب عليها، وأن يؤكد على أهمية دور المريض في العملية العلاجية.

المرحلة الثانية: توضيح وتحديد المشكلات:

أ/ إعداد قائمة واضحة ودقيقة للمشكلات: يتم إعداد قائمة بالمشكلات ثم اختيار مشكلة معينة تكون مهمة بالنسبة للمريض. ولتحديد المشكلة بشكل واضح يشجع المريض على الإجابة عن الأسئلة التالية؛ (١) ما هي المشكلة؟ (٢) متى تحدث هذه المشكلة؟ (٣) أين تحدث هذه المشكلة و (٤) من له علاقة بهذه المشكلة ؟ .

ب/ تقسيم المشكلات الكبيرة إلى أجزاء صغيرة يمكن التحكم فيها: يطرح المريض في الغالب عدد من المشكلات المرتبطة ببعضها البعض. وعلى المعالج والمريض استعراض هذه المشكلات ثم اختيار ما يجب أن يتم العمل معه في البداية .

وقد نقول امرأة مثلا أن مشكلتها مشكلة عائلية. ويتبين للمعالج فيما أنه لديها عدة مشكلات؛ فقد تكون غير راضية عن تأخر زوجها عن البيت ، و تكون أمها شديدة الانشقاق لها فيما يخص إدارتها لبيتها ، و تكون مشغولة بمساعدة

أختها المنومة في المستشفى.

المرحلة الثالثة: اختيار أهداف قابلة للتحقيق :

الخطوة التي تلي تحديد المشكلة بوضوح هي اختيار هدف أو هدفين قابلين للتحقيق. وخلال القيام بذلك لابد من مراعاة التوازن بين إمكانيات المريض والعوائق التي قد تواجهه : وتشتمل إمكانيات المريض على:

- ١- نقاط القوة الشخصية .
- ٢- المستوى التعليمي، النشاطات الترفيهية والإمكانيات الاجتماعية والمادية للمريض.
- ٣- المساعدة من قبل الآخرين مثل الزوجة/الزوج، الأكارب ، الأصدقاء أو شخص متخصص مثل أحد المشايخ أو الأخصائي الاجتماعي .

المرحلة الرابعة : طرح الحلول:

عندما يتم الاتفاق على هدف من الممكن تحقيقه يطلب من المريض تقديم أكبر قدر ممكن من الحلول ،يجب تقبل كل الحلول المحتملة حتى ولو بدا بعضها وكأنه غير جاد أو غير قابل للتحقيق .

المرحلة الخامسة: اختيار الحل المفضل:

يشجع المعالج المريض على كتابة جوانب القوة والضعف في كل حل ممكن. قد يكون من المفيد أن يطلب من المريض القيام بذلك في المنزل كواجب منزلي .

ثم يقوم المريض باختيار الحل المفضل: الذي يحقق الهدف المتفق عليه بأقل تكلفة من الناحية الشخصية والناحية الاجتماعية. يجد بعض المرضى صعوبة بالغة في هذه المرحلة حيث يتكلمون كثيرا حول الحلول الممكنة دون القدرة على اختيار أي منها .

المرحلة السادسة : تطبيق الحل المفضل :

من المهم عدم الاستعجال في هذه المرحلة لأن هناك احتمال أن يكون المريض يفتقر إلى الثقة اللازمة لتطبيق الحل المفضل. وقد يكون من المناسب تقسيم خطوات الحل إلى خطوات أصغر (خطوات فرعية)، وإذا ما تم ذلك فيجب أن توضح هذه الخطوات الفـرعية وكذلك الوقت الذي يجب أن تنفذ فيه . على سبيل المثال: الحل المفضل : الحصول على وظيفة :

الخطوات الفرعية :

- ١- الذهاب إلى مركز التوظيف يوم السبت والتحدث مع المسؤولين عنه .
 - ٢- شراء الجريدة وقراءة الإعلانات والكتابة لاثنتين منها على الأقل من أصحاب الاعلانات.
 - ٣- الذهاب إلى مقر الشركات الصناعية أو التجارية يوم السبت بحثاً عن إمكانية وجود وظيفة شاغرة لديهم .
- يجب أن يكون هناك مهام محددة يقوم بها المريض بين الجلسات العلاجية (تعامل هذه المهام كواجبات منزلية) .
- و بعد هذه المرحلة يؤكد المعالج مرة أخرى على أهمية التعامل مع المشكلات ودور ذلك في تحسن حالة المريض وعلى ضرورة إنجاز مهام محددة قبل الجلسة القادمة. وبعد ذلك تعـطى للمريض فرصـة طرح الأسئلة والتعليق على ما حدث.

المرحلة السابعة : التقويم :

يقوم المعالج في بداية الجلسة وفيما يليها بمراجعة التقدم الذي تم تحقيقه. من

المفترض أن يكون المريض قد أكمل أو حاول إكمال الواجبات المنزلية التي اتفق عليها في الجلسات السابقة .

يجب أن يثني المعالج على المريض مقابل أي تقدم مهما كان حجم النجاح الذي حققه ، ثم يناقش معه المشكلات والصعوبات التي واجهته (المريض) مع الأخذ بعين الاعتبار أنه من الممكن أن يكون غير متحمس لتحقيق التقدم في حل المشكلات . وعندما يلاحظ المعالج أن المريض يجد صعوبة في إنجاز ما اتفق عليه فلا بد من النظر في الموضوع في ضوء الأسئلة التالية:

١- هل تم تحديد الهدف مما طلب من المريض القيام به بشكل

أوضح ؟

٢- هل الأهداف غير واقعية ؟

٣- هل ظهرت عوائق جديدة ؟

٤- هل خطوات تطبيق ما اتفق عليه غير قابلة للتطبيق ؟

إذا تبين أن التعامل مع المشكلة التي اتفق على التعامل معها قبل غيرها بالغ الصعوبة فلا بأس من التعامل مع مشكلة أخرى. القيام بذلك لا يعني أن المشكلة الأولى غير مهمة ولكن حل مشكلة واحدة يعطي المريض الإحساس بقدرته على التحكم فيما ينور من حوله وهذا بدوره يغيّر إدراكه للمشكلات الأخرى.

إذا لم ينجح المريض الواجب فقد يكون السبب أنه لم يفهم ما هو متوقع منه . من المهم التأكيد على أن التقدم الذي يحدث بين الجلسات العلاجية قد يكون أهم من التقدم الذي يتم خلال الجلسة. دافع المريض للعمل يكون أقوى عندما يكون بصدد إنجاز هدف هو الذي وضعه وهو الذي وضع خطوات تحقيقه . لذا فقد يكون من المفيد، في حالة عدم إكمال المريض للواجبات المنزلية المطلوبة منه، لفت نظره إلى أنه هو الذي اختار الأهداف والحلول وليس المعالج .

وبعد مناقشة تقدم المريض تبدأ عملية التخطيط للمهام التي يجب إتمامها

للجلسة القادمة ، والتي قد ترتبط بالمشكلة الأولى أو بمشكلة جديدة .

وفيما يلي من جلسات يقوم المريض والمعالج باستعراض المشكلات الأولى التي حدثت تقدم في حلها . ومناقشة ما إذا كان الوقت قد حان لتحويل الجهد إلى التعامل مع مشكلات جديدة أم أن هناك حاجة لاستمرار العمل في تطوير أهداف جديدة للمشكلات الأولى ؟ قد يكون المريض بصدد إنجاز أهداف وسيطة في سبيل تحقيق الهدف النهائي على سبيل المثال ، إذا كان الهدف النهائي هو الحصول على وظيفة جديدة فقد تكون الأهداف الوسيطة :

١- الحصول على معلومات حول المؤهلات المطلوبة.

٢- إرسال استمارة طلب الوظيفة و....

٣- حضور المقابلة.

يجب أن يؤكد المعالج للمريض أن بإمكانه استخدام المهارات التي تعلمها مع ما قد تظهر من مشكلات في المستقبل . وقد يكون من المفيد إعداد مشكلات وهمية يقوم المريض بحلها باستخدام مهارات حل المشكلات التي تعلمها.

وفي المراحل الأخيرة من التدريب على حل المشكلات يكون نشاط المعالج أقل مما كان عليه في السابق ، ويجب أن يذكر المريض بذلك لأنه يفترض أنه إذا كان قد استفاد مما سبق من جلسات أن يكون لديه قناعة بأهمية دوره في حل مشكلاته (Gath & Mynors-Wallis, 1997) .

أعد الباحثان هذا البرنامج لحل المشكلات لكي يستخدم كعلاج نفسي أساسي للمشكلات النفسية التي لدى المرضى الذين يترددون على الأطباء العاميين في مراكز الرعاية الصحية الأولية كبديل للعلاج الدوائي وأنواع العلاج النفسي الأخرى التي تتطلب كفاءة وتدريب معين .

وقد تم عرضه هنا ليستخدم كغنية ضمن الفنيات الأخرى التي تستخدم في

العلاج الاستعرافي السلوكي . أما من حيث القدر من التركيز على حل المشكلات في مقابل التركيز على الاستراتيجيات الاستعرافية مثلاً فيعتمد على طبيعة المرضى . فقد يكون استخدام حل المشكلات هو التدخل الأساسي مع المرضى الذين يكون من الواضح أن استقائهم من التخللات الأخرى محدودة لأنهم يعانون من وجود مشكلات حقيقية تجعلهم غير قادرين على ممارسة حياتهم اليومية كما ينبغي وقد يكون استخدام حل المشكلات هامشياً مع مرضى آخرين (Hawton & Kirk, 1991) .

تطبيق عام :

في الجلسات العلاجية الأولى للعلاج الاستعرافي السلوكي يستكشف المعالج احتمال وجود مشكلات لدى المريض ويشجع المريض على وضعها ضمن جدول الأعمال لكل جلسة . وتشتمل هذه المشكلات على المشكلات التي حدثت فعلاً وعلى تلك التي من المتوقع حدوثها .

ومن المؤشرات على ضرورة التركيز على حل المشكلات وجود بعض جوانب القصور لدى المريض في المهارات الاجتماعية ، في حل المشكلات وفي تأكيد الذات وخصوصاً إذا كانت جوانب القصور هذه موجودة قبل ظهور الاضطراب النفسي . أما بالنسبة للمرضى الذين يكون أداءهم الشخصي والاجتماعي جيداً قبل ظهور الاضطراب فقد لا يحتاجون كثيراً للتدريب على حل المشكلات .

وعلى الجانب الآخر قد يؤدي الاضطراب النفسي إلى بروز عدد من المشكلات ، وقد يكون الاضطراب موجود بالإضافة لوجود مشكلات ، الأمر الذي يتطلب أن يقوم المعالج بمساعدة المريض على إعادة بناء الاستعرافي إلى جانب تدريبه على حل المشكلات .

في بعض الحالات يكون من الواضح أن استخدام حل المشكلات أهم من استخدام فنيات تفحص الأفكار . على سبيل المثال إذا قال لك المريض (سوف لن أتمكن من فهم مادة العلوم قبل الامتحان) وتبين لك بعد طرح عدد الأسئلة

المحددة عليه إن الأسلوب الذي يتبعه لإعداد نفسه للامتحان لن يساعده في الواقع على فهم المادة واجتياز الامتحان . في هذه الحالة من الأفضل أن تخصص جزء من الجلسة لتدريبه على الأسلوب المناسب للاستعداد أو لتناقش معه إمكانية الاستعانة بمذكرات زملائه أو الحديث مع أستاذه أو المذاكرة مع الزملاء لكي يتغلب على هذه المشكلة الحقيقية لأنه إن لم يفهم ذلك فلن يتمكن من النجاح في هذه المادة (J.Beck.1995). ومن الممكن استخدام الجدولين التاليين للاستفادة بشكل أكبر من استخدام التجارب السلوكية وحل المشكلات (Greenberger & Padesky,1995).

لولا جدول التجربة السلوكية :

الفكرة المراد تفحصها: ليس على خطر عند ما تزداد نبضات قلبي و أتعرق. قد تؤدي التمارين الرياضية، القلق أو عوامل أخرى إلى حدوث هذه التغيرات الجسمية. وجود هذه الأعراض لا يعني بالضرورة أنني مصاب بأزمة قلبية .

| التجربة | التوقع | المشكلات المحتملة | استراتيجيات للتغلب على هذه المشكلات | نتيجة التجربة | في أي مدى تؤكد هذه النتيجة قلبي مرة واحدة تفحصها |
|--|--|---|---|---|--|
| زيادة معدل نبضات قلبي في مكتب المعالج من خلال الجري في مكاني | سيعود معدل نبضي إلى وضعه الطبيعي بمجرد أن أتوقف عن الجري | قد أتصور أنني سوف أصاب بأزمة قلبية وأتوقف التجربة | سوف أخبر المعالج بأنني أعتقد أنني سوف أصاب بأزمة قلبية وسوف يساعدني في تقويم الموقف والاستمرار في التجربة | زادت سرعة نبضات قلبي مباشرة بعد أن بدلت في الجري وعادت إلى طبيعتها بعد ١٠ دقائق من توقفي عن الجري | ١٠٠ % |

ما الذي تعلمته من هذه التجربة ؟ القلق والتمارين الرياضية تسبب الخفقان والتعرق.

ثانياً: جدول حل المشكلة :

الهدف : تحسين علاقتي الزوجية :

| خطه العمل | وقت البدء لدى التنفيذ | المشكلات الممكنة | استراتيجيات التغلب على هذه المشكلات | ما تم تحقيقه |
|---|---|------------------------|--|--|
| القيام بخمسة أشياء إيجابية لزوجتي كل يوم (شاء، مساعدة في تدريس الأولاد، الاهتمام، الامتناع لشكاويها بدون غضب وإيلاجها بشعوري الإيجابي نحوها | اليوم (٢ - ٨) عندما أعود من العمل وكل صباح الساعة ٧ | قد أشعر بالغضب تجاهها. | القيام بالأشياء التي تتطلب قليل قدر من العاطفة تجاهها (مساعدة في تدريس الأولاد، إكمال سجل الأفكار لتخفيف درجة الغضب لدى) | ٥ - ٨ قمت بستة أشياء إيجابية لزوجتي. شعرت بالارتياح. |
| | | | | ٦ - ٨ قمت بخمسة أشياء إيجابية شكرتي زوجتي كثيراً على ذلك. |
| | | | | ٧ - ٨ شعرت بالغضب ومع ذلك قمت بعمل ثلاثة أشياء إيجابية مساعدتي إكمال سجل الأفكار في ذلك. |

(لاحظ أن التجربة السلوكية تهدف إلى تخصص فكرة معينة بينما الهدف من حل المشكلات هو حل مشكلة موجودة لدى العميل وهذا هو الاستخدام الشائع لهاتين الطريقتين في العلاج الاستعرافي السلوكي)

الفصل العاشر، فبناه مبررة

جدول النشاط

مع أن إعادة البناء الاستعرافي مهمة جدا في التغلب على الاكتئاب على المدى البعيد، إلا أنه من الأفضل مع الكثير من حالات الاكتئاب أن يبدأ المعالج العلاج باستخدام جدول النشاط (Greenberger & Padesky, 1995) بعد الانتهاء الجلسات التوجيهية. وللتركيز على ما يقوم به مريض الاكتئاب من أنشطة في حياته اليومية أهمية بالغة في مساعدته على التغلب على مرضه. في بداية العلاج يطلب المعالج من المريض مراقبة نشاطاته اليومية (يغطي الجدول كل يوم من أيام الأسبوع ويحدد الأوقات الخاصة بكل نشاط) وتسجل هذه النشاطات والإشارة إلى درجة الاستمتاع بالنشاط ودرجة القدرة (الشعور بالإتجاز) على لاداءه من ١ - ١٠ (على سبيل المثال أ) (الاستمتاع) = ٣ و ق (القدرة) = ٤) بجانب كل نشاط كما هو موضح في الجدول التالي:

الاسم: التاريخ:

| الوقت | نشاط | الأحد | الاثنين | الثلاثاء | الأربعاء | الخميس | الجمعة |
|-------|-------------------------------|-------|---------|----------|----------|--------|--------|
| ٨-٩ | تناول الفطور أو الشاي (١-٣ ق) | | | | | | |
| ٩-١٠ | فعل | | | | | | |
| ١٠-١١ | - | | | | | | |
| ١١-١٢ | - | | | | | | |
| ١-٢ | - | | | | | | |
| ٢-٣ | - | | | | | | |
| ٣-٤ | تناول الغذاء (٤-٥ ق) | | | | | | |
| ٤-٥ | مشاهدة التلفزيون (١-٣ ق) | | | | | | |
| ٥-٦ | تحدث مع زوجتي (٥-٦ ق) | | | | | | |
| ٦-٧ | قراءة (٣-٥ ق) | | | | | | |
| ٧-٨ | - | | | | | | |
| ٨-٩ | مشاهدة تلفزيون (١-٣ ق) | | | | | | |

* وهكذا مع بقية الأيام.

ويوفر إعداد هذه الجدول : (١) الفرصة لتفحص بعض الأفكار مثل الفكرة (أ) (لا اعمل أي شيء). فإذا كانت غير دقيقة يبين الجدول ذلك وأن تبين أنها لا تخلو من الصحة قام المعالج بالتعاون مع المريض بالتعرف بالتحديد على الصعوبات التي يعاني منها المريض في هذا المجال (٢) يوضح للمريض العلاقة بين المزاج والنشاط (من خلال تقدير درجة الاستمتاع والقدرة) و (٣) يمكن الاستفادة منه في تخطيط النشاطات اليومية للمريض بهدف (أ) زيادة مستوى نشاطه ودرجة استمتاعه وتحكمه فيما يقوم به من أنشطة (يشجع على ممارسة الأنشطة التي تؤدي إلى ذلك) (ب) الحد من الحاجة إلى تكرار اتخاذ القرارات التي قد لا يرتاح لها مريض الاكتئاب (ما الذي يجب على أن افعله الآن ؟) (ج) زيادة احتمال ممارسة المريض للنشاط (د) رفع درجة استمتاع المريض بالنشاط (هـ) رفع درجة شعور المريض بأن لديه القدرة على التحكم في أمور حياته و (و) بالإمكان استخدام المعلومات التي يتم الحصول عليها من الجدول في تفحص الأفكار السلبية مثل (لا أستطيع إنجاز أي عمل) (Fennell, 1991).

فنية حرق الانتباه Distraction

تستخدم فنية حرق الانتباه في العلاج الاستعرافي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى. ومن ذلك، على سبيل المثال، أن يطلب من المريض الذي يعاني من القلق القيام بملوك بصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً . ولكن لفنية حرق الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير المعالجة العلاجية على المدى البعيد كما يحدث عند ما يستخدمه المريض كأسلوب لتجنب الأعراض (Butler, 1991).

ومع أخذ ذلك بعين الاعتبار يستطيع المعالج الاستعرافي السلوكي استخدام فنية حرق الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج . وقد تستخدم

هذه التقنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية ، على سبيل المثال: عندما تأتبه الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما . في هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه بما يغطي المجال البصري للمريض، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه . ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض. فقد يطلب المعالج، مثلاً، من المريض عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمريض كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه (Clark, 1991).

بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه :

- التركيز على شيء معين :

يُدرَّب المريض على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها : (أين هو بالضبط ؟ ما حجمه ؟ ما لونه ؟ كم يوجد منه ؟ ما الفائدة منه ؟ الخ) .

- الوعي الحسي :

يُدرَّب المريض على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر ، السمع ، الذوق ، اللمس ، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية : (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك ؟ وماذا أيضاً ؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك ؟ في الغرفة ؟ خارج الغرفة ؟ خارج المبنى ؟ .

يستخدم بعض المرضى فنية صرف الانتباه لتفادي الأمور المولمة (تجنب)، كما أشير الى ذلك، لذا من المهم تشجيعهم على تقييم مزايا هذه الطريقة (الشعور المؤقت بالارتياح) وعيوبها (ترك المشكلة بدون حل). يجب أن يناقش المعالج الأفكار التي تمنع المريض من التعامل مع مشأكله المولمة (مثل لا أستطيع حلها المشكلة معقدة جداً ، أو إذا صرفت الانتباه عنها سوف أنساها) ومن ثم معاملتها كما يحدث مع الأفكار السلبية الأخرى. والمثال التالي يوضح كيف يقوم المعالج بتهيئة المريض لاستخدام فنية صوف الانتباه مع مريض يعاني من مشكلة اجترار الأفكار في المراحل الأولى

للعلاج:

المعالج: أنت الآن تصرف الكثير من الوقت في التفكير بصورة متكررة في

المشكلة؟

المريض: نعم .

المعالج: وكيف تشعر حيال ذلك ؟

المريض: لست على ما يرام .

المعالج: ما الذي يحدث إذا استطعت صرف انتباهك عن المشكلة وركزت

على أشياء أخرى ؟

المريض: أجد صعوبة في ذلك ولكنني أرتاح إذا استطعت .

المعالج: ما رأيك في تعلم بعض الخطوات التي تستطيع بها التخلص من

هذه الأفكار؟ ما الذي سيحدث في نظرك إذا أصبحت قادرا على

ذلك ؟

المريض: سوف أشعر بالارتياح .

المعالج: هذا ممكن ليس كذلك ؟ بالطبع المشكلة لن تختفي بمجرد

صرفك التفكير عنها ، الفكرة هنا هي أن تشعر بأنك تستطيع

التحكم في مشاعرك من خلال صرف الانتباه عن الأفكار التي

تثيرها . وسوف تتعلم بغيرها بعد، استخدام فنيات أخرى تستطيع من

خلالها التعامل مباشرة مع هذه الأفكار السلبية وإيجاد بدائل إيجابية

لها (Fennell, 1991).

فنية تعويد الأساليب الاستعرافية عبر الحالة

قبل الحديث عن الكيفية التي يمكن من خلالها تعريف المريض بالأساليب

الاستعرافية غير الفعالة دعنا أولا نحدد أهم هذه الأساليب التي اقترحها بك في

عدد من أعماله في مجال العلاج الاستعرافي:

١- التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (صح أو خطأ) ، (أبيض أو أسود) : التفكير الثنائي أو النظر إلى الموقف وكأنه محصور في احتمالين فقط وليس على أساس أنه متصل يشتمل على درجات كثيرة بين طرفيه : (إذا لم أحقق أقصى درجات النجاح فأني شخص فاشل) .

٢- التوقعات المأسوية : توقع حدوث نتائج سلبية دون الأخذ بعين الاعتبار وجود نتائج أخرى يكون احتمال حدوثها أكبر من احتمال حدوث النتائج المتوقعة: (سأكون متضايق جداً ، لن أستطيع عمل أي شيء بالمرة) .

٣- التقليل من أهمية أو تجاهل الجوانب الإيجابية : يقنع الفرد نفسه، بدون مبرر بيان الخبرات أو الأعمال التي قام بها ليس لها قيمة: (أدبت هذه المهمة بشكل جيد ، ولكن هذا لا يعني أنني إنسان كفء، كنت محظوظ فقط) .

٤- التفكير العاطفي : الاعتقاد بصحة شيء ما لأن الفرد يشعر بقوة أنه كذلك ويتجاهل الأدلة المناقضة لحكمه : (أعرف أنني أنجزت الكثير من الأشياء الخاصة بعملتي ولكنني أشعر أنني إنسان فاشل) .

٥- التصنيف (إطلاق الصفات) : يصف الفرد نفسه أو الآخرين بصفات سلبية ثابتة ويتجاهل وجود أدلة تتناقض مع ما تم التوصل إليه من أحكام: (أنا إنسان غير محظوظ ، هو شخص لا خير فيه) .

٦- التضخيم/ التقليل : وهو أن يقوم الفرد عندما يقوم نفسه، شخص آخر أو موقف معين، بدون مبرر، بتضخيم الجوانب السلبية والتقليل من أهمية النواحي الإيجابية : (الحصول على درجات متوسطة يدل على أنني شخص غير كفء؛ الحصول على درجات عالية لا يعني أنني شخص نكي) .

٧- التجريد الانتقائي : التركيز على التفاصيل السلبية بدلاً من الصورة الكاملة: (حصولي على تقدير منخفض في هذه المادة (مادة واحدة) في كشف الدرجات مقابل العديد من التقديرات المرتفعة) يعني أنني لم أقم

بما يجب على القيام به كما ينبغي.

٨- قراءة الأفكار : اعتقاد الشخص بأنه يعرف ما يفكر به الآخرون وتجاهل الأمور الأكثر احتمالاً : (هو يعتقد أنني لا أعرف شيئاً عن المشروع).

٩- المبالغة في التعميم : التوصل إلى حكم مبني عام لا يتناسب مع ما حدث فعلاً : (نظراً لأنني لم أكن مرتاحاً أثناء المقابلة فأتأ شخص يفكر إلى المهارات الاجتماعية).

١٠- الشخصنة : وهي أن يتصور الشخص أنه هو السبب في التصرفات السلبية للآخرين .

١١- استخدام (يجب) و (لا بد) : وجود أفكار محددة لا تتغير لدى الفرد حول الكيفية التي يجب أن يتصرف بها هو ويتصرف بها الآخرون واعتبار عدم القيام بذلك سلوك يصعب تحمله : (مثل وقوعي في الأخطاء أمر غير مقبول بالمرّة، يجب أن أكون دائماً في أحسن حالاتي).

١٢- التركيز على الجوانب السلبية في المواقف : مثل ، مدرس ابني لا يستطيع عمل أي شيء كما يجب ، إنه شخص متبدل الشعور سيئ وكثير الانتقاد تجاه طلابه (J. Beck, 1995) .

هذه إذن أكثر الأخطاء الاستعرافية شيوعاً لدى من يعانون من الاضطرابات النفسية ويحرص الباحثون في النظرية والعلاج الاستعرافي السلوكي على التفريق بين القصور الاستعرافي (Cognitive deficiencies) وبين التشويهات/التحريفات الاستعرافية (Cognitive distortions) . ففي الحالة الأولى (القصور الاستعرافي) يكون النشاط الاستعرافي أقل مما تتطلبه الاستجابة المتكيفة للموقف أما في التحريف الاستعرافي فالنشاط العقلي (معالجة المعلومات) موجود لكنه يتم بشكل خاطئ (Kendall & Warman, 1996).

استخدام فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة خلال الجلسات العلاجية يلاحظ المعالج الأخطاء في أساليب التفكير التي

قد يمارسها المريض من خلال الأفكار التلقائية التي تصدر منه . وعندما يحدث ذلك فأمام المعالج ثلاث خيارات :

١/ تقديم نسخة من قائمة الأخطاء الاستعرافية للمريض الذي يبدو أن لديه (حسب تقدير المعالج) الرغبة والقدرة على التعرف على أساليب تفكيره بنفسه، على النحو التالي:

المعالج: كنا نتحدث عن أن لدى الناس، في الغالب، عندما يشعرون بالضيق أفكار غير دقيقة أو غير دقيقة تماما .

المريض: نعم .

المعالج: سأعطيك هذه القائمة التي توضح أخطاء التفكير الشائعة لدى الناس وربما يكون من المفيد أن تحاول التعرف على الأخطاء التي قد تكون موجودة في طريقة تفكيرك لأن ذلك سوف يساعدك على التعامل بشكل أفضل مع أفكارك.

المريض: حسنا .

المعالج: كما ترى هنا يوجد ١٢ خطأ ، دعنا نرى ما إذا كنت قد وقعت في أي منها حديثا . أولها (كل شيء أو لا شيء) ويقصد به أن ينظر الفرد للأشياء من منظور أسود وأبيض ، بدلا من احتمال أن يقع الشيء بين هذين التصنيفين . ماذا عن الفكرة التي كانت لديك الأسبوع الماضي (أما أن أكون الأول أو أن أكون شخصا فاشلا) ألا ترى أنها تعتمد كثيرا على منظور الأبيض والأسود ؟

المريض: صحيح . هل هناك أمثلة أخرى ؟ .

(يقضى المعالج والمريض بعضا من الوقت لمناقشة هذا النمط من التشويه الاستعرافي ثم يختار المعالج نمط آخر يعتقد أنه موجود لدى المريض ويتعامل معه بنفس الطريقة). وبعد

ذلك يقترح على المريض : على كل حال هل بإمكانك القيام (كواجب منزلي) بتحديد أنماط أخرى إذا لاحظت وجودها في أفكارك التلقائية ؟ . سوف نترك القائمة أمامنا خلال الجلسة لنرى ما إذا كان من الممكن بين الحين والآخر التعرف على ما قد يظهر من تحريف استعرافي خلال الحديث عن الأفكار التلقائية الأخرى .

ب/ بالنسبة للمرضى الذين يحدث لديهم نوع من الارتباك عند قراءة القائمة من الممكن أن يقوم المعالج بتحديد ووصف الخطأ في التفكير الذي يلاحظ وجوده لدى المريض على النحو التالي:

المعالج: حسناً لقد تعرفت على عدد من الأفكار التلقائية التي خطرت ببالك هذا الأسبوع حول عملك ، صحتك وأطفالك . ألا ترى أن بينها شيء مشترك ؟ يبدو أنك تتوقع حدوث أسوأ ما يمكن حدوثه ، هل هذا صحيح ؟

المريض: نعم .

المعالج: تسمى هذه الحالة ، التي يميل فيها الناس إلى توقع حدوث أسوأ النتائج (التوقعات المأسوية) هل لاحظت شيء من ذلك ؟

المريض: أعتقد أن لدى شيء من ذلك .

المعالج: ما رأيك في أن تحاول التعرف على ذلك هذا الأسبوع ؟ إذا قمت بتسجيل فكرة تلقائية معينة فحاول تحديد ما إذا كان هناك ميل لتوقع الأسوأ ثم سجل ذلك أمام الفكرة التلقائية .

جـ/ الطريقة الثالثة هي أن تـــــــطــــى القائمة للمريض وتحدد عدد منها (الأكثر تناسباً مع أفكار المريض) لتفادي إرباكه بالقائمة كلها . إذا استطاع المريض تحديد الأخطاء التي يمارسها كان بإمكانه النظر بموضوعية أكثر لأفكاره (J. Beck, 1995) .

الفصل الحادي عشر: الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة

من الممكن تقسيم الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة إلى ثلاثة أنواع: (١) الفنيات الاستعرافية (٢) الفنيات الخبروية و(٣) الفنيات السلوكية وسوف يتم الحديث عن هذه الفنيات على التوالي في الصفحات التالية.

لولا : الفنيات الاستعرافية:

أ/ فنية المتصل الاستعرافي (Cognitive Continuum): و في هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين ، على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و ١٠٠% (فعال جداً) (Wills & Sanders, 1997) . وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية. وتفيد في التعامل مع التفكير الشاكي كل شيء أو لا شيء ، وفيما يلي مثال على استخدامها :

المعالج: حسناً ، تعتقد بقوة أنك إذا لم تكن طالباً متميزاً فهذا يعني أنك فاشل .
دعنا نرى كيف يبدو ذلك باستخدام الرسم البياني (أرسم خط)

| | |
|------------|------------|
| ١٠٠% نجاح | صفر % نجاح |
| طالب متميز | المريض |

المعالج : أين تضع الطالب المتميز ؟

المريض: هنا أعتقد (٩٠ من ١٠٠%)

المعالج: حسناً وأنت فاشل ، صفر % نجاح

المريض: نعم .

المعالج: وهل تعني أيضاً أن أي شيء أقل من ٩٠% يساوي الفشل ؟

المريض: ربما لا .

المعالج: أين يبدأ الفشل إذن ؟

المريض: أعتقد في حدود ٥٠ %

المعالج: ٥٠ % إذاً ، كل من هو أقل من ٥٠% فاشل ؟

المريض: لمست متأكداً .

المعالج: هل هناك أي شخص أقرب في الواقع إلى الصفر % منك ؟

المريض: أعرف الطالب فلان في مادة التاريخ . أعرف أن أدائه أسوأ من أدائي .

المعالج: حسناً سوف نضعه عند الصفر % . ولكن ألا يوجد حتى من هو

أسوأ منه في الأداء ؟

المريض: ممكن .

المعالج: حسناً إذا وضعنا هذا الشخص عند الصفر % ، فاشل حقيقي ، فأين يكون مكان الذي رسب في مادة التاريخ فقط ؟ وأين يكون مكانه أنت ؟

المريض: نضعه عند ٣٠% وأنا عند ٥٠%

المعالج: وماذا عن الشخص الراسب في كل في كل المواد والذي لا يحضر المحاضرات ولا ينجز الواجبات أيضاً ؟

المريض: يكون عند الصفر %

المعالج: وأين يكون الطالب الذي يحاول ولكنه يرسب ؟

المريض: عند ١٠%

المعالج: وأين إذن يكون مكانك ومكان الذي رسب في مادة واحدة ؟

المريض: الطالب الراسب في مادة واحدة عند ٥٠% وأنا عند ٧٥% .

الرسم المعدل :

| ١٠٠% | ٩٠% | ٧٥% | ٥٠% | ١٠% | ٠% |
|----------------|--------|---------------|-----------------------------|----------------------------|----|
| الطالب المتميز | المريض | راسب | الطالب الذي يحاول ولكن يفشل | الطالب الذي لا يعمل أي شيء | |
| | | في مادة واحدة | | | |

المعالج: بالنسبة لجامعتك الحالية أو حتى بالنسبة لكل طلاب الجامعات بصورة عامة، هل وصف من هو تقديره ٧٥% بالفشل وصف دقيق؟

المريض: ليس دقيق جدا .

المعالج: ربما تستطيع القول على أسوأ تقدير أنه ناجح بنسبة ٧٥%

المريض: نعم .

المعالج: لنعود إلى الفكرة الأولى إلى أي مدى تصدق الآن أنك إذا لم تكن طالب متميز فأنت فاشل ؟

المريض: ربما ٢٥%

المعالج: جيد (J. Beck, 1996)

في المثال السابق استخدمت هذه الفنية لإضعاف اعتقاد أساسي غير فعال وتقوية اعتقاد آخر (بديل) أكثر تكيفا. وفي المثال التالي يحاول المعالج إضعاف الفكرة "سوف أعاقب كلما أخطأت" وتقوية الفكرة البديلة "سوف لن ينالني أذى حتى لو لاحظ الناس أخطائي" .

المعالج: كيف وجدت الفكرة البديلة؟ سوف لن ينالني أذى حتى لو لاحظ الناس أخطائي؟ هذا الأسبوع؟

المريض: هي ما أتمنى ، ولكن كلما فكرت فيها أكثر كلما تأكدت من استحالة التصديق بها.

المعالج: ما الذي يجعل ذلك مستحيلاً؟

المريض: لا أعتقد أنني سوف أكون في مأمن من الأذى ، في العمل، في البيت، الناس تقسوا علىّ كلما أخطأت .

المعالج: دعنا نستخدم مقياس للشعور بالأمن (يرسم خط يبدأ بـ % وينتهي بـ ١٠٠%) ويكتب فوقه "مدى شعوري بالأمن عندما يلاحظ الناس أخطائي" أين تضع نفسك على هذا المقياس؟

"مدى شعوري بالأمن عندما يلاحظ الناس أخطائي"

| ١٠٠% | ٩٠% | ٨٠% | ٥٠% | ٢٥% | ٠% |
|---------------|---------|---------|------------------|--------|------------------|
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| لا أحد يستطيع | الخبرة | الخبرة | أعرض للضرب | الخبرة | أضرب بقوة |
| الاقتراب مني | الثالثة | الثانية | دون أن أتألم | الأولى | أعرض للهجوم |
| حلم للناس | | | سيتقنني أو يغضب | | واقف أمام الحضور |
| وتشجيعهم لي | | | على أحد ولكن ليس | | ليضحكوا على |
| بدلاً من | | | أمام الآخرين | | |
| الاستهزاء بي | | | | | |

المريض: عند الصفر .

المعالج: ضع ✓ عند ٠% يا أحمد. هذا هو المكان الذي ترى نفسك فيه؟

(أحمد يضع (صح) عند الصفر ويكتب (لنا))

المعالج: الآن دعنا نكتب قائمة بعدد المرات التي لاحظ فيها الناس أخطاءك؟

المريض: الأسبوع الماضي في العمل تعطلت الآلة الحاسبة ولم أستطع رصد مصروفات الشركة . وعدت ابني بإصلاح لعبته ولكنني كنت متعباً ولم أقم بذلك . هذا كل ما أتذكره الآن .

المعالج: هل حدث وأن أخطأت في شيء متعلق بي ؟

المريض: عندما أتيت هنا لأول مرة ، وافقت على القيام بواجب منزلي ولكنني لم أقم بذلك .

المعالج: يبدو أنك تقصد بالأخطاء : إذا قتت بخطأ معين ، أو لم تف بوعدك أو الأشياء التي لا تعرف كيف تقوم بها ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: كيف تعرف (أمن) ؟

المريض: غير معرض للأذى .

المعالج: أذى جسمي أم نفسي ؟

المريض: الاثنان معاً ؛ عندما كنت طفلاً كان أبوي يضربني بقسوة إذا أخطأت . والآن أشعر بالألم نفسه إذا هزا بي أحد أو اتهمني بالغباء .

المعالج: هل حدث لك هذا أيضاً ؟

المريض: نعم ، في المدرسة ، في العمل أحياناً يغضب المدير علي ويقول لي أنك غبي .

المعالج: دعنا نكتب على المقياس ما يعنيه عدم الأمان بالنسبة لك . عند ٠% دعنا نكتب ما نقصده بعدم الأمان . على سبيل المثال ، قد تتعرض للضرب حتى تقترب من الموت ؟

المريض: نعم ، أضرب بقسوة أو أتعرض للهجوم وأقف أمام الحضور لوضحكوا عليّ (أكتب ذلك عند الصفر) .

المعالج: وما عن ١٠٠% أمان ؟

المريض: لمست متأكداً .

- المعالج: إذا كان ٠ % أمان : التعرض للضرب والقسوة فأعتقد أن ١٠٠ % أمان تعني الحماية من التعرض للأذى ؟
- المريض: كأن يكون هناك شخص يحميني .
- المعالج: ما هو الوضع الآمن الذي تستطيع تصوره؟
- المريض: أكون في وضع لا يستطيع فيه أن يقترب مني أحد .
- المعالج: أكتب ذلك تحت آمن ١٠٠ % . ماذا عن ١٠٠ % آمن من تهكم وانتقاد الناس لك ؟ كيف يكون ذلك ؟
- المريض: أن يتصف الناس بالحلم معي ويشجعونني بدلاً من الاستهزاء بي .
- المعالج: أكتب ذلك تحت آمن ١٠٠ % . على هذا المقياس كيف يكون ٥٠ % آمن ؟ شيء بين الـ ٠ % والـ ١٠٠ % ؟
- المريض: جسماً أتعرض للنفذ دون أن أتألم . وبالنسبة للانتقاد ينتقدني أحد أو يفضب عليّ ولكن ليس أمام الآخرين .
- المعالج: أكتب ذلك في منتصف المتصل (٥٠ %). الآن دعنا نضع الخبرات الثلاث التي ذكرت أنها حدثت أمام الآخرين . أولاً تعطلت الآلة الحاسبة ولم أستطع رصد مصروفات الشركة . ما مقدار شعورك بالأمن عندما حدث ذلك ؟
- المريض: أعتقد ٢٥ % ، سخر مني أمام شخص واحد فقط وتوقف عند ذلك.
- المعالج: ضع علامة ✓ وأكتب ما يشير إلى ذلك. وماذا عندما لم تستطع إصلاح لعبة ابنك ؟
- المريض: أعتقد ٨٠ % خاب أمله ولكنه لم يفضب عليّ .
- المعالج: أشر إلى ذلك في المقياس . وماذا عما حدث هنا عندما لم تكتم بإكمال الواجب المنزلي ؟
- المريض: لم أتعرض للضرب (يضحك).
- المعالج: هل توقعت شيء من ذلك ؟

- المريض: إلى حد ما .
- المعالج: وما الذي حدث ؟
- المريض: طرحت على بعض الأسئلة وكنت لطيفا معي .
- المعالج: أين تضع ذلك على المقياس ؟
- المريض: آمن ٩٠ % .
- المعالج: سجل ذلك . الآن لدينا أربع (علامات صح) ✓ على المقياس ، الأولى للمكان الذي ترى نفسك فيه غير آمن بالمرة (٠ %) ، عندما يلاحظ الناس أخطائك والثلاث الأخريات لخبرات حديثة (٢٥ % / ٨٠ % ، ٩٠ %) ماذا تلاحظ إذا نظرت إلى المقياس والنسب التي عليه ؟
- المريض: نظرتي لنفسى لا تتفق مع ما حدث لي مؤخرا .
- المعالج: جيد . ماذا لو وضعت بعض خبراتك في مرحلة الطفولة هنا ؟ مثل ضرب أبوك لك إذا أخطأت ؟
- المريض: عند ٠ %
- المعالج: هل تعتقد أنك قضيت معظم فترة طفولتك ونسبة شعورك بالأمن لا تتعدى ٠ % ؟
- المريض: ليس معظم الوقت، ولكنني لم أعرف متى يحتدم غضب أبي .
- المعالج: شعورك بانعدام الأمن (٠ %) إذن، كان ملائما عندما كنت طفلا، أعنى انه من الأفضل أن نفترض أنك لست في مأمن من العقاب وتتصرف بحذر لأنك لا تعرف متى يتفجر أبوك غضبا
- المريض: هذا صحيح .
- المعالج: ماذا عن اليوم ؟ هل تعتقد أنه من الأفضل أيضا أن نفترض أنك لست في مأمن من العقاب ؟
- المريض: لا لا أعتقد ذلك. أعتقد الآن أنني آمن أكثر مما كنت أتصور .

المعالج: وما هي مزايا التفكير بأن لا خوف عليك ؟ لماذا لا تتمسك بالفكرة (إن درجة شعورك بالأمن ٠ %) ؟

المريض: سأكون أكثر ارتياحاً خلال تعاملتي مع الناس ، وسيكون بمقدوري أن أكون أكثر إيجابية وجرأة معهم .

المعالج: وما الذي ستحصل عليه من ذلك ؟

المريض: إذا دافعت عن نفسي أمام المدير فقد يخفف من لهجته نحوي . هو لا يتعامل بشدة مع أسعد كما يفعل معي .

المعالج: هذه فكر جيدة . دعنا نرى ما إذا كان المدير سيكف عن مضايقتك إذا ما دافعت عن حقاك . نستطيع القيام ببعض التمرينات التي تساعدك على ممارسة السلوك التوكيدي . ولكن قبل ذلك ربما كان من الأنسب أن تقوم هذا الأسبوع ، كواجب منزلي ، بتسجيل مدى شعورك بالألام عندما يلاحظ الناس أخطاءك ؟ من المفيد التعرف على المواقف التي تشعر فيها بالأمان والمواقف التي لا تشعر فيها بذلك ؟

المريض: فكرة معقولة .

في هذا المثال طلب المعالج من أحمد أن يوضح ماذا يعني — (أخطاء) وبـ (أمن) ثم استخدم المقياس كوسيلة توضيحية مرئية لخبرات أحمد تساعد في التعرف على ما إذا كانت هذه الخبرات تدعم أو تتناقض مع الفكرة المسيطرة عليه (كما أنه طرح ، في الوقت المناسب ، فكرة التدريب على السلوك التوكيدي على المريض) . ومن الممكن بالطبع استخدام هذه الطريقة مع أي فكرة ولكن من المفضل مراعاة ما يلي :

١- توظيف المعلومات التي يتم الحصول عليها لتقوية الاعتقاد البديل المتكيف أكثر من التركيز على الاعتقاد السلبي . التغيير البسيط الذي يقوى الاعتقاد الجديد أكثر فائدة (تشجيعاً) للمريض من التغيير البسيط الذي يضعف الاعتقاد (المخطوطة) القديم . تصور كيف يكون الفرق في شعور أحمد إذا قال ، مشيراً إلى حدوث تغير في درجة تصديقه

بالاعتقاد، (الآن أعتقد، بنسبة ٩٠% ،أنني سأعرض للعقاب إذا ما لاحظ الناس أخطائي) في مقابل (أنا آمن ١٠% عندما يلاحظ الآخرون أخطائي) .

٢- من المهم، عند إعداد المقياس، مساعدة المريض عل استخدام أقل درجة ممكنة وأكبر درجة ممكنة في طرفي المتصل بحيث يكون من الممكن احتواء كل الخبرات المحتملة. يميل المرضى أحياناً إلى استخدام أوصاف معتدلة في طرفي المقياس الأمر الذي يضعف من قدرته على قياس التغير. على سبيل المثال لو أن أحمد عرف ٠% أمن بـ (أن يغضب على أحد) فلن تكون على المقياس مكان كبير للتباين وبالتالي يصبح ضرب أبوه له مساوي لتأنيب المدير له ومساوي لخيبة أمل ابنه في أن يقوم بإصلاح لعبته .

٣- من المهم أن لا يركز المعالج على محاولة إثبات عدم تكويف المخطوطة فقط . في المثال السابق قام المعالج بربط المخطوطة بخبرات أحمد السابقة وأشار بتعاطف إلى وظيفتها التكيفية آنذاك على اعتبار أنه كان يعيش مع أب يسيء معاملته ، وبعد الاعتراف بهذه الوظيفة التكيفية ، حسب الظروف، طلب من أحمد إبداء رأيه فيما إذا كانت الوظيفة التكيفية للمخطوطة لا زالت قائمة في الوقت الحاضر (Padesky & Greenberger, 1995) .

ب/ ورقة عمل الاعتقادات الأساسية : من الممكن استخدام ورقة العمل للاعتقاد الأساسي بعد أن يقوم المريض بمساعدة المعالج في تحديد الاعتقادات الأساسية غير الفعالة (أنظر ما ذكر حول هذا الموضوع في التقويم في العلاج الاستراتيجي السلوكي) وليجاد بدائل لها (باستخدام الطرق المختلفة التي وردت في هذا الكتاب مثل الأسئلة السocraticية وسجل الأفكار والتجارب السلوكية) .

تتكون ورقة العمل للاعتقاد الأساسي من جزأين : الجزء العلوي مخصص لتحديد وتقويم الاعتقاد الأساسي غير الفعال وكذلك الاعتقاد الأساسي البديل الفعال . يملأ المعالج والمريض هذا الجزء في بداية كل جلسة بعد تقديم

ورقة العمل ، أما الجزء الآخر فيقوم المريض بإكماله في الجلسة وكذلك خارج الجلسة كواجب منزلي.

ورقة عمل الاعتقادات الأساسية

الاعتقاد الأساسي القديم : أنا شخص غير كفء .

إلى أي حد تصدق بالاعتقاد الأساسي القديم في هذه اللحظة ؟ (٠ - ١٠٠) % ٦٠

الاعتقاد الجديد : أنا إنسان كفء في معظم الأمور (ولكنني بشر أيضا)

إلى أي حد تصدق بالاعتقاد الجديد في هذه اللحظة ؟ (٠ - ١٠٠) % ٥٠

الكلية التي تدعم الاعتقاد الأساسي

القديم مع إعادة صياغة لها

- لم أفهم موضوع الاحتمالات في لقاعة

ولكنني لم أفهم بقراءة ومن الممكن

أن أفهمه فيما بعد . في لسوا الأحوال قد يكون

هناك صعوبة في الموضوع بالنسبة لي ولكن

ربما يكون السبب الحقيقي هو عدم قدرة

المدرس على شرح الموضوع

- لم أذهب للمعيد لطلب المساعدة ولكن

ذلك لا يعطيني غير كفء . كنت

قلقا حول الذهاب إليه لأنني اعتقد أنه

يجب على أن أفهم الموضوع بنفسه وكنت

أفكر أن ذهابي إليه سوف يجعله يمتد

لني لا أستطيع فهم الموضوع.

الكلية التي تتعارض مع الاعتقاد الأساسي

القديم وتدعم الاعتقاد الجديد

- كنت بحث جيد في مادة الحساب الألي

- طرحت سؤال على الأستاذ في مادة التاريخ

مثال :

المعالج: سليم ، دعنا ننظر إلى ورقة عمل الاعتقاد الأساسي: هي طريقة

منظمة للتعامل مع اعتقادك . نكتب هنا الاعتقاد الأساسي (أنا

غير كفء). إلى أي درجة تصدق به الآن ؟

المريض: ربما ٦٠ %

المعالج: حسنا أكتب ٦٠% أمامه . تحدثنا الأسبوع الماضي عن اعتقاد

أكثر دقة وتكيفا ، هل تذكر كيف تمت صياغته ؟

المريض: نعم ، أنا كفء في معظم الأمور ولكنني بشر أيضا .

المعالج: حسنا ، سليم ، نستطيع أن نقوم بـ———— ملية
الـ————ويم هذه كل أسبوع في بداية كل
جـ————سة لو تستطيع القيام بذلك ممبقا . أود منك أن
تبقي ورقة العمل أمامك خلال الجلسة لترى ما إذا
كان المـ————وضوع الذي نتحـ————دث عنه مرتبط
بالاعتقاد (لنا غير كفاء) أم لا ؟

المريض: حسنا .

المعالج: دعنا الآن نبدأ في إكمال الجزء الآخر معا . لكي تتعلم كيف تقوم
بذلك بنفسك ، إذا لم يكن لديك مانع ، وبعد ذلك من المفيد أن
تضيف إليه أشياء جديدة كل يوم .

المريض: حسنا .

المعالج: شيء آخر يا سليم ، يتطلب إكمال هذه الورقة ، الوقت والتدريب
كما حدث مع سجل الأفكار .

المريض: لا بأس .

المعالج: لنبدأ بالجانب الأيسر ، الألة على أنك غير كفاء ؟

المريض: حسنا .

المعالج: فكر بما عملت اليوم ، ما الدليل على أنك غير كفاء ؟

المريض: حسنا ، لم أفهم الموضوع الذي تحدثت عنه مدرس
الرياضيات اليوم .

المعالج: أكتب ذلك في الجانب الأيسر ، ثم أكتب ولكن بعده . الآن دعنا
نرى ما إذا كان هناك تفسير آخر لعدم فهمك لهذا الموضوع
غير كونك غير كفاء ؟

المريض: كانت المرة الأولى التي يتحدث فيها المدرس عن هذا الموضوع

ولم يكن الموضوع من المواضيع المطلوب قراءتها.

المعالج: حسنا ، أليس بإمكانك فهمه ؟ بعد مراجعة المدرس له ، أو بعد أن تقرأ شيئاً عنه أو تطلب من أحد أن يشرحه لك ؟

المريض: محتَمَل .

المعالج: الآن أكتب بعد (لكن) ما يسمى إعادة صياغة (Reframe) : طريقة أخرى أكثر تكيفاً للنظر إلى الدليل ، ما عسى أن يكون ذلك ؟

المريض: أستطيع القول (ولكنني لم أقرأ عن الموضوع ، ومن المحتمل أن أفهمه فيما بعد) .

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك . دعنا ننظر ما إذا كان من الممكن جعل إعادة الصياغة أقوى . هل توافق على أن عدم فهم الموضوع يعنى على أسوأ احتمال أن لدى الشخص صعوبة في شيء ما وليس أن الشخص غير كفء بالمرّة ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: أليس من الممكن ألا يفهم ذوو الكفاءة الأشياء عندما تطرح عليهم لأول مرة ؟

المريض: هذا صحيح .

المعالج: أليس من الممكن أيضاً أن هناك عدم كفاءة من جانب المدرس لأنه لم يشرح الموضوع بشكل واضح ، لأنه لو فعل ذلك لفهم الموضوع عند أكبر من الطلاب .

المريض: هذا ممكن .

المعالج: ما رأيك في أن تفكر لبعض الوقت في أشياء أخرى تريد إضافتها..... حسنا ، دعنا نحاول (في الجانب الأيمن

الآن ، هل هناك أدلة ، فيما حدث اليوم ، على أنك كفاء في أشياء كثيرة ؟ أرجو التنبه إلى أن ذلك قد يكون صعبا إذا كانت المخطوطة نشطة الأمر الذي يجعل الفرد ينتقى المعلومات التي تؤيدها ؟

المريض: قدمت بحث جيد في مادة الحاسب الآلي .

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك ، هل هناك أشياء أخرى ؟

المريض: طرحت سؤال على المدرس في مادة التاريخ .

المعالج: شيء جيد..... شيء آخر ؟

المريض: لم يستجب .

المعالج: ماذا عن قدرتك على فهم ما هو المطلوب فيما نقوم به الآن ؟

المريض: أعتقد ذلك .

المعالج: ما رأيك في أن تضيف أشياء جديدة كل يوم للجزء السفلي لهذه

الورقة كواجب منزلي ؟ هل تلاحظ أن البدء بالجزء الأول من

الجانب الأيسر هو الأسهل قياسا على الجزء الثاني والجانب

الأيمن للورقة .

المريض: نعم .

المعالج: أعمل ما تستطيع . من الممكن ، عند الحاجة ، أن نعمل سويا في

إعادة الصياغة والبحث عن أدلة إيجابية . على كل حال ، إذا

وجدت صعوبة في إكمال الجانبين الأيمن والأيسر فبإمكانك أن

تتصور أن شخص آخر ، زميلك مثلا ، وهو يمر بنفس الظروف

وكيف تتصور أن يكون رد فعله ؟

المريض: لا بأس .

المعالج: هل تعتقد أن هناك شيء قد يمنعك من القيام بهذا الواجب هذا

الأسبوع ؟

المريض: لا ، سأحاول القيام به .

المعالج: ممتاز (J. Beck, 1996) .

ج/ السبر التاريخي للاعتقاد الأساسي: في هذا الفنية يساعد المعالج المريض في محاولة للبحث عن أدلة قد تكون مسؤولة عن تكون الاعتقاد الأساسي ثم إعادة صياغتها وكذلك اكتشاف أدلة تتناقض مع الاعتقاد الأساسي. من الممكن استخدام ورقة عمل الاعتقاد الأساسي مع هذه الفنية . في الغالب يكون التعامل في فنية ورقة عمل الاعتقاد الأساسي مع الاعتقاد وأثره في الحاضر ومن الممكن بالطبع استخدامها مع فنية السبر التاريخي للاعتقاد الأساسي للتعامل مع أشياء حدثت في الماضي. على سبيل المثال:

المعالج: سليم ، لود أن أعرف كـ كيف بدأت فكرة أنك شخص غير كفء ؟

المريض: حسنا .

المعالج: دعنا نستخدم ورقة عمل الاعتقاد الأساسي ونستعرض ما حدث لك منذ أن كنت طفلا ، هل تتذكر أي شيء حدث لك عندما كنت صغيرا جدا وجعلك تعتقد أنذاك أنك غير كفء ؟

المريض: أتذكر حادثة في دار الحضانة. كنت أحاول تركيب لعبة الغاز وصرخت على المدرسة . وأتذكر أنني بكيت لفترة طويلة .

المعالج: هل كنت بطيئا في إكمال اللعبة ؟

المريض: شيء مثل ذلك .

المعالج: وشعرت بأنك غير كفء

المريض: نعم .

المعالج: حسنا ، أكتب ذلك في الجانب الأيسر . سوف نكتب إعادة الصياغة فيما بعد . أي شيء آخر ؟ .

المريض: أتذكر أننا (العائلة) ذهبنا لحديقة عامة ، وكان الأطفال الآخريـن يستطيعون ركوب الدراجة ولكنني لم أستطع ذلك .

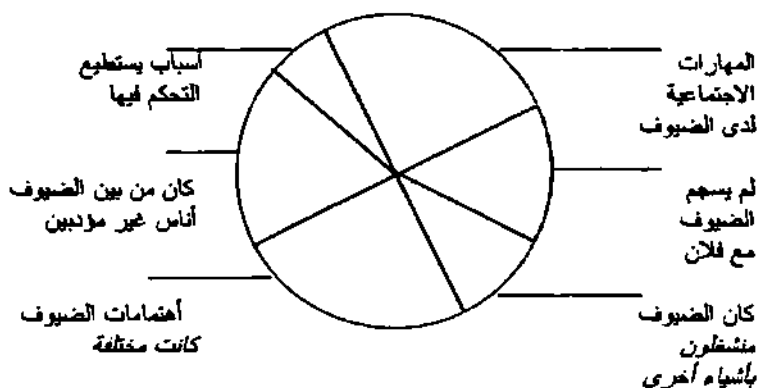
وهكذا يستمر المريض في الجلسة أو في المنزل بتسجيل الحوادث السابقة التي ساهمت في تكوين الاعتقاد الأساسي في فترة ما قبل المدرسة، المرحلة الابتدائية ، المتوسطة ، الثانوية ، الجامعة ، العشرينيات ... الخ . الخطوة الثانية في هذا الاستعراض التاريخي تشمل على البحث عن وتسجيل الأدلة التي تدعم الاعتقاد الإيجابي الجديد في كل مرحلة . وبعد أن يسترجع المريض عدد أكثر من الحوادث الإيجابية يكون مستعدا للخطوة الثالثة : إعادة صياغة كل جزء من الأدلة السلبية . وأخيرا يقوم المريض بتلخيص المعلومات الخاصة بكل مرحلة؛ على سبيل المثال:

سنوات المرحلة الثانوية : أنجزت باقتدار الكثير من الأشياء ابتداء ببعض الألعاب الرياضية وتحمل مسؤولية الكثير من الأشياء في المنزل وانتهاء بالنتائج الجيدة في المدرسة . لم أحصل على تقدير ممتاز ، ولم أكن قادرا على الأداء الجيد في كل شيء ، وشعرت بعدم الكفاءة أحيانا ولكنني بصورة عامة شخص كفء (J. Beck, 1996) .

د/ فنية تحديد المسؤولية : أحيانا يبالغ المريض في تقدير قدرته على التحكم في الأشياء أو في مسؤوليته عما يحدث . ومن الممكن استخدام هذه الفنية لمساعدة المريض على تكوين تفسير بديل للتفسير الذي يحمل فيه نفسه مسؤولية ما حدث . لنفترض أن المريض مثلا يشعر بعدم الارتياح بعد دعوته لعدد من معارفه لتناول طعام الغداء اعتقادا منه أنه قد تسبب في عدم استمتاع المدعوين بالمناسبة . أطلب من المريض أن يضع قائمة بالأسباب المحتملة الخارجة عن مسؤوليته والتي قد تكون وراء فشل المناسبة ثم خصص

حيزا لكل منها على دائرة . (سوف يتم التعرض لهذه الفنية في العلاج الاستعرافي السلوكي للوساوس القهرية في الباب الثالث من هذا الكتاب) . وفي النهاية سيجد المريض في الغالب أنه لم يبق سوى حيزا محدودا لكونه مسئولاً أو قادراً على التحكم فيما حدث .

الشكل التالي يوضح هذه الفنية:



شكل يمثل العوامل التي ساهمت في عدم استمتاع الناس بحضور مناسبة دعا إليها المريض مجموعة من الناس (Clark, 1991).

هـ/ فنية المزايا والعيوب : تعتبر فنية المزايا والعيوب من الفنيات الجيدة لتطوير أفكار بديلة فعالة. وتوضح كيفية استخدام هذه الفنية سوف نستخدم مثال مع مريض يعاني من اضطراب استخدام المواد المخدرة ومن الممكن استخدام أي فكرة أو سلوك تبعاً لوضع المريض الذي سوف تستخدم معه هذه الفنية . في هذه الفنية يقوم المعالج بمساعدة المريض على تلخيص مزايا وعيوب التمسك بالفكرة أو السلوك وكذلك مزايا وعيوب التخلي عن الفكرة أو السلوك :

المعالج : سوف أساعدك في تقويم مزاياب وعيوب استخدام مقابل الامتناع عن تعاطي الكحول . وكما ترى أنا أقوم الآن برسم شكل يحتوي على أربعة مربعات . نكتب في الجانب الأيمن منه المزاياب والعيوب ونكتب فوق الشكل الامتناع والاستمرار . دعنا نحاول إكمال الشكل . ما هي مزاياب الامتناع عن تعاطي الكحول .

المريض : التخليص من الآلام التي تعقب استخدام الكحول .

المعالج : أي شيء آخر ؟

المريض : لن أتعب عن العمل .

المعالج : أي مزاياب أخرى .

المريض : أحل مشاكلي مع زوجتي ومع مديري في العمل .

المعالج : أي شيء آخر .

المريض : أستطيع توفير بعض المال .

المعالج : أي شيء آخر

المريض : لن أدخل السجن إذا لم أتعاطى الكحول .

المعالج : هل بإمكانك ذكر أي شيء آخر ؟

المريض : المحافظة على صحتي .

المعالج : أي شيء آخر ؟

المريض : لا أتذكر أي شيء آخر .

المعالج : حسنا الآن ما هي مزاياب تعاطي الكحول ؟

المريض : لا شيء .

المعالج : لا بد وأن يكون هناك شيء يجعلك تتعاطاه .

المريض : دعني أفكر ، اعتقد أنه الشيء الذي نفعله عندما أكون مع أصحابي .

المعالج : أي مزاياب أخرى ؟

المريض : يساعدني على النوم .
المعالج : أي شيء آخر ؟
(وتستمر المناقشة حتى إكمال الخانات الأربع)

يساعد إكمال هذه المهمة المريض في التعرف على المواقف السلبية لسلوكه ويساعد المعالج والمريض ، من خلال تحديد مزايا السلوك من وجهة نظر المريض ، في إيجاد بدائل مرغوبة للسلوك غير المرغوب فيه (Liese & Franz, 1996) .

(في الجدول التالي مثال على استخدام هذه التقنية)

الاستمرار في تعاطي الكحول

الامتناع عن تعاطي الكحول

| | | |
|--|--|---------|
| <ul style="list-style-type: none"> - الاجتماع بالأصحاب الذين يتعاطون الكحول - النوم بسهولة - يساعدني في نسيان مشاكل | <ul style="list-style-type: none"> - التخلص من الآلام التي تعقب تعاطي الكحول - المواظبة على العمل - حل مشاكل مع زوجتي ومع رئيسي في العمل - توفير المال - البقاء بعيداً عن المسجون | المزايا |
| <ul style="list-style-type: none"> - معاناة الآلام التي تعقب تعاطي الكحول - التفتيت عن العمل - تنمر زوجتي ورئيسي في العمل من سلوكي - إهدار الكثير من المال - قد أسجن - الأضرار بصحتي | <ul style="list-style-type: none"> - الابتعاد عن أصحابي القدامى - صعوبة النوم - التفكير في مشاكل | العيوب |

و/ فنية القصص والأساطير: يهتم البعض المعالجين الاستعرافيين السلوكيين بأنهم يطبقون العلاج بشكل تقني : اتباع قواعد وإجراءات محددة . لكن بعض هؤلاء المعالجين الاستعرافيين السلوكيين بالإضافة إلى اتباع قواعد وإجراءات محددة . يدركون أهمية القصص والأساطير في نقل القيم من جيل إلى جيل في

الحضارات المختلفة ويرون أن لها قدرة علي إحداث تحولات استعرافية لدى بعض المرضى (استبدال مخطوطة بأخرى) . وهكذا فإنه بإمكان المعالج اختيار قصة معينة تتناسب مع محتويات المخطوطة لدى المريض . علي سبيل المثال افترض أن لدى أحد المرضى الذين يعانون من القلق والمخاوف الاعتقاد الأساسي التالي (يجب علي تقادى الخطر والمغامرة بأقصى قدر ممكن) في هذه الحالة من الممكن أن نقص عليه قصة تساعد علي مجابهة مخاوفه . علي سبيل المثال :

راقب أحد العلماء في أفريقيا سلوكيات الأسود في الغابة فلاحظ أنها تعامل كبارها بطريقة مختلفة عن ما يفعله معظم أنواع الحيوانات الأخرى . تترك أنواع كثيرة من الحيوانات كبارها تموت لأنها (الكبار) لا يستطيع مجاراتها . أما الأسود فتستفيد من كبارها . ليس لدى كبار الأسود مخالب ومعظم أسنانها قد سقطت ولكنها لا زالت تستطيع ممارسة الزنير . يصطف كبار الأسود علي أحد جوانب الوادي المليء بالظباء . وعلي الجانب الآخر يجتمع صغار الأسود وينتظرون . تترأر كبار الأسود فتهرب الظباء في الاتجاه المعاكس صوب الأسود المنتظرة . لو أن الظباء اتجهت نحو الزنير سلمت من الخطر .

وكما هو الحال مع هذه الظباء . يهرب الكثير منا من الخطر ولا تذهب مخاوفهم كنتيجة لذلك . لو واجه الناس مخاوفهم واتجهوا نحو الزنير تغلبوا علي هذه المخاوف (Mc Mullin, 1986) .

ز/ بطاقات (كروت) المخطوطة: وهي عبارة عن بطاقات (كروت) يتعاون المعالج والمريض علي كتابتها . تحتوى علي أقوى الأدلة المناقضة للمخطوطة يحملها المريض معه ويطلب منه قراءتها عندما تستثار المخطوطة . تكرار هذا العمل يضعف المخطوطة غير الفعالة ويساعد علي استبدالها بمخطوطة متكيفة (McGinn & Young, 1996) . يكتب في البطاقة علي سبيل المثال : الاعتقاد أو الفكرة التلقائية المرتبطة بالمخطوطة ويكتب تحتها أو خلف البطاقة الأدلة التي تناقضها لإبطال مفعولها .

ثالثاً : الفنيات الخبروية :

يقصد بالفنيات الخبروية الفنيات التي تثير الانفعالات . ويرى بعض الاستعراقيون أنها تساعد علي تغيير المخطوطة ، ومن ذلك :

أ/ الفنيات التخيلية : من الممكن بالطبع استخدام هذه الفنية مع حالات مختلفة . علي سبيل المثال دعنا نفترض أن المعالج بصدد التعامل مع مريض لديه حرمان عاطفي . في هذه الحالة يشجعه المعالج علي مواجهة الشخص الذي عامله معاملة غير إيجابية باستخدام التخيل : يطلب من المريض أن يتخيل الخبرة بأكبر قدر ممكن من الوضوح . وللمساعدة في تحقيق ذلك يطلب المعالج من المريض أن يصف الموقف بالتفصيل : الموضوع الذي كان عليه (الوالد ، الوالدة ، الاخوة ، الأخوات أو الأصدقاء) وكذلك السياق والوقت الذي حدثت فيه الحادثة ، ويشجع المريض علي استشارة الأفكار والانفعالات المرتبطة بالموقف المتخيل .

يطلب من المريض الحفاظ علي الوضع المتخيل ثم الاستجابة له بشكل إيجابي . علي سبيل المثال : خلال عملية التخيل يطلب من المريض أن يبلغ الشخص الذي كان ينتقده بأثر هذا النقد عليه . ويظهر غضبه عليه لأنه أساء معاملته . يساعد هذا الأسلوب المريض علي إدراك دور الشخص الذي أساء معاملته في تشكيل المخطوطة غير الفعالة لديه ، بدلا من لوم نفسه واحتقارها .

ب/ الحوار المخطوطاتي (المرتبط بالمخطوطة) : يتعلم المريض فسي الحوار المخطوطاتي رفض المشاعر السلبية في المخطوطة ويقوي الجوانب الإيجابية في شخصيته (مخطوطة فعالة) . وفي هذه الفنية يشجع المريض علي الرد علي المخطوطة غير الفعالة من بأثلة مناهضة لها الأمر الذي يساعده علي التحرر الانفعالي من المخطوطة . مثال :

يطلب من المريض التنقل بين كرسيين ، في الكرسي الأول يلعب دور (صوت) المخطوطة (الأفكار التي تتسجم مع المخطوطة) وفي الكرسي الآخر يقوم المريض بالرد علي صوت المخطوطة بأفكار تمثل مخطوطة

ثالثا : الفتيات السلوكية:

المريض: نعمنا، تحبنا عن ذهابي إلى المعهد
للاستعارة عن بعض الأمور التي لم أفهمها ، وإذا اعتقدت أن

طلب المساعدة شيء جيد ذهبت إليه .

المعالج: أي شيء آخر ؟

المريض: قد أطلب المساعدة في مادة الرياضيات من شخص آخر ، وقد أطلب من أحد الطلبة أن يعطيني ما دونه في المحاضرات .

المعالج: جميل ، وما هي الأشياء الإيجابية التي ستحدث لو أنك فعلت بعض هذه الأشياء؟

المريض: أحصل على المساعدة التي أحتاجها .

المعالج: هل تعتقد أن لديك الاستعداد هذا الأسبوع لتتصرف كما لو كنت تصدق بأن طلب المساعدة شيء مفيد ؟

المريض: ربما .

المعالج: حسناً ، سوف نناقش الأفكار التي قد تمنعك من القيام بذلك ولكن قبل ذلك حبذا لو سجلت ما لديك من أفكار . ما رأيك في أن تكتب العبارة (الفنية) التالية لمساعدتك على القيام بما تتردد في القيام به ؟ (تصرف كما لو كنت تصدق بالاعتقاد الجديد ، حتى لو أنك لا تصدق به تماماً) (J. Beck, 1996) .

ب/ الإعادة المخطط لها لبعض خبرات المريض مع والديه: في هذه الفنية يقوم المعالج بتوفير علاقة علاجية تتناقض مع المخطوطة غير المتكيفة لدى المريض بناء على المعلومات التي تم جمعها عن المريض واعتقاداته . تفيد هذه الفنية بالذات مع المرضى الذين تعرضوا خلال نشأتهم الأولى للنقد المبالغ فيه وإساءة المعاملة والرفض والحرمان . ففي حالة المريض الذي كان والده لا يظهر له العواطف الإيجابية على سبيل المثال ، يحاول المعالج إظهار ذلك قدر الاستطاعة . المعالج هنا يقدم للمريض ما يشبه الخبرة الانفعالية المفقودة مع مراعاة النواحي الأخلاقية والمهنية في هذا الخصوص . ولكن المعالج لا

يتصرف وكأنه والد المريض أو يشجعه على العودة إلى الاعتمادية الطفولية (McGinn & Young, 1996). ما يحدث هنا هو أن المعالج خلال العلاقة العلاجية يحاول توفير الدفء والتقبل والثبات في العلاقة العلاجية لتعويض التصور الذي حدث في بيئة المريض عندما كان طفلاً. وقد يشتمل ذلك مثلاً على التقبل غير المشروط، السماح بالاتصال عن طريق الهاتف بدون موعد مسبق، السماح له بعمل الأشياء التي كان يرغب في القيام بها عندما كان طفلاً ولكن أهله لم يسمحوا له بالقيام بها، مثل؛ تشجيعه على أن يسمح لنفسه بممارسة بعض السلوكيات المقبولة التي كان أهله يعتبرونها من الأشياء غير الضرورية. كل ذلك يساعد على: المرونة في التفكير والسلوك، تعلم أنه من الممكن تغيير أنماط الحياة التي كانت متبعة في الصغر وزيادة المهارات الاجتماعية (Blackburn & Twaddle, 1996).

الباب الثالث: النماذج والخطط العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطرابات النفسية

الفصل الثاني عشر: النموذج والخططة العلاجية

٢٤٦

الاستعرافية السلوكية للاكتئاب

٢٤٦

النموذج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب

٢٥٠

العلاج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب

الفصل الثالث عشر: النموذج والخططة العلاجية

٢٥٢

الاستعرافية السلوكية للقلق العام

٢٥٢

النموذج الاستعرافي السلوكي للقلق العام

٢٥٧

العلاج الاستعرافي السلوكي للقلق العام

الفصل الرابع عشر: النموذج والخططة العلاجية

٢٦٤

الاستعرافية السلوكية للاضطراب الغزعي

٢٦٤

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الغزعي

٢٦٦

العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الغزعي

الفصل الخامس عشر: النموذج والخططة

العلاجية الاستعرافية السلوكية للوساوس

٢٧٥

القمعية

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب

٢٧٥

الوساوس القمعية

٢٧٧

العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الوسواس القمعي

الفصل السادس عشر: النموذج والخططة

العلاجية للاضطراب السلوكية للاضطراب توهم

٢٩٨

المرض

٢٩٨

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب توهم المرض

٣٠٠

العلاج الاستعرافي السلوكي للاضطراب توهم المرض

الفصل السابع عشر: النموذج والخطّة العلاجية

- ٣٠٦ الاستعرافية السلوكية للضطرابات الأكل
 ٣٠٦ النموذج الاستعرافي السلوكي للضطرابات الأكل
 ٣٠٩ الخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية للضطرابات الأكل

الفصل الثامن عشر: النموذج والخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية للضطراب

- ٣١٦ استخدام المواد المخرّرة
 النموذج الاستعرافي السلوكي للضطراب
 ٣١٦ استخدام المواد المخرّرة
 العلاج الاستعرافي السلوكي للضطراب
 ٣١٨ استخدام المواد المخرّرة

الفصل التاسع عشر: النموذج والخطّة العلاجية الاستعرافية السلوكية للضطراب

- ٣٢٢ الخواف الاجتماعي
 النموذج الاستعرافي السلوكي للضطراب
 ٣٢٢ الخواف الاجتماعي
 العلاج الاستعرافي السلوكي للضطراب
 ٣٢٦ الخواف الاجتماعي

الفصل العشرون: النموذج والخطّة العلاجية

- ٣٣٣ الاستعرافية السلوكية للضطرابات الشخصية
 ٣٣٣ النموذج الاستعرافي السلوكي للضطرابات الشخصية
 ٣٣٦ العلاج الاستعرافي السلوكي للضطرابات الشخصية

الفصل الحادي والعشرون: التعامل مع نتائج العلاج الاستعرافي السلوكي

النماذج والخطط العلاجية في العلاج الاستعرافي السلوكي

تمهيد

سوف نقدم في الصفحات التالية نماذج متعددة للاضطرابات النفسية (نموذج لكل اضطراب) وكذلك الخطط العلاجية لهذه الاضطرابات من وجهة النظر الاستعرافية. ولكن قبل الشروع في ذلك ربما كان من الملائم التعرض للنموذج الاستعرافي العام للاضطرابات النفسية.

تعتبر الأفكار التلقائية واجهة الاستعراف التي من الممكن إخضاعها للوعي إلى حد كبير من قبل المريض أو المعالج. وتطلق صفة التلقائية على هذه الأفكار و (الخيالات) لأنها في العادة تظهر بصورة عفوية، وكثيراً ما تختفي بسرعة إلى درجة أنها قد تمر دون أن يدركها المريض إذا لم يوجه إلى تعدد مراقبتها ورصدها. وتؤدي هذه الأفكار التي تعكس تقويم الفرد للموقف، وليس الموقف كما هو فعلاً، إلى الاستجابات السلوكية والانفعالية المختلفة. أما مدى تكيف هذه الاستجابات فيعتمد على ما إذا كان التقويم للمواقف مشوهاً أو مبالغاً فيه أم لا. ويحدث التشويه أو المبالغة إذا كانت المخطوطة التي نشطت لعلاقتها بالموقف غير متكيفة.

والمخطوطة عبارة عن نماذج داخلية لجوانب من الذات والعالم يستخدمها الناس في الإدراك والتصنيف واستدعاء المعلومات. وتتطور المخطوطة من خلال العديد من الخبرات حول موضوع معين. وتعتبر المخطوطة متكيفة طالما أنها تسهل عملية المعالجة الملائمة للمعلومات، تسمح بربط المعلومات الجديدة بأخرى قديمة مما يسهل عملية إدراكها واستدعائها بسهولة ومن ثم اتخاذ الإجراء المناسب عند الحاجة. ولكن هذه العملية (ربط المعلومات)، تصاحب في الغالب بإزدواجية في التعامل مع المعلومات الجديدة: انتقاء المعلومات التي تتسجم مع محتويات المخطوطة وتجاهل

المعلومات التي تتناقض مع محتويات المخطوطة. وتفترض النظريات الاستعرافية للاضطرابات النفسية أن لدى الناس الذين يعانون من اضطرابات انفعالية مخطوطات غير متكيفة تجعلهم يتحيزون في إدراك المواقف فينظرون لها كمواقف تمثل فقدان شيء ما أو خطر ما أو أنواع أخرى من التهديد للذات. وعلى الرغم من أن المخطوطة غير نشطة معظم الوقت إلا أنها قد تنشط بعد حدوث مواقف حياتية معينة ضاغطة أو حالات مزاجية سلبية . وعندما تنشط فمن الممكن أن تسيطر على إدراك الفرد للمواقف الجديدة وبالتالي تحافظ على استمرار الوضع الانفعالي . وهذه النظرة المشوهة للمواقف (cognitive distortion) هي حلقة الوصل بين المخطوطة غير المتكيفة وبين الأفكار التلقائية، ويحدث التشويه للمعلومات الجديدة بشكل يجعلها تتسجم مع محتويات المخطوطة ذات العلاقة (Robins & Hayes, 1993) .

ويعتقد بك (1991) أن الاستجابات المرضية (التي تعتمد على مخطوطات مرضية) عبارة عن أشكال مبالغ فيها من الاستجابات العادية . فالإحساس بالانتهزام والانسحاب من التعامل مع الناس ومن محاولة تحقيق الأهداف التي يسعى إليها الفرد تستمر وتنتشر وتقوى وتتبع بحزن (في الحالات الاكتئابية) . وفي الهوس تزداد الرغبة في النشاطات الهادفة . وفي اضطرابات القلق يتحول الإحساس بإمكانية تعرض الفرد للخطر إلى خوف عام وزائد عن حده قد يؤدي فيما بعد إلى الرغبة في الدفاع عن الذات والهروب (نظر ما ذكر حول المخطوطة في الباب الأول) . وهكذا يبدو أن السلوكيات غير المتكيفة والانفعالات غير الملائمة التي تظهر في الاضطرابات النفسية المختلفة عبارة عن أشكال مبالغ فيها لعمليات التكيف العادية .

وبصورة عامة يتميز كل اضطراب نفسي معين بمحتوى استعرافي معين . ويوضح الجدول التالي باختصار محتويات الاستعراف لبعض الاضطرابات النفسية (Beck & Rsh, 1989, P. 1542) .

| الاضطراب | المحتويات الاستعرافية الخاصة بالاضطراب |
|-------------------------|--|
| الاكتئاب | نظرة سلبية للذات وللخبرات والمستقبل |
| الهوس الخفيف | نظرة متضخمة للذات وللخبرات والمستقبل |
| اضطرابات القزع | تفسير مأسوي لخبرات جسمية وعقلية |
| الخوف المرضي | وجود مخاطر في مواقف محددة من الممكن تفاديها |
| الوساوس | تحذير أو شك متكرر حول سلامة الفرد أو سلامة الآخرين . |
| القسر (الأفعال القهرية) | أفعال متكررة لتفادي الخطر |
| السلوك الانتحاري | اليأس ، والقصور في القدرة على حل المشكلات |
| فقدان الشهية العصبي | الخوف من السمنة أو من الشكل غير المقبول للجسم |

وتبعاً لهذه الفروق الاستعرافية يخصص العلاج الاستعرافي للسلوكي تدخلات معينة تناسب كل اضطراب، وهذا ما سوف نتطرق له في الصفحات التالية.

الفصل الثاني عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للاكتئاب

النموذج الاستعرافي للاكتئاب :

في إجابته على استفسارات المعالج الرامية إلى التعرف على مشكلته أجاب أحد المرضى: عقل فارغ وجسم فارغ ومستقبل فارغ . ويقول المعالج في معرض تعليقه على وضع المريض، بناءً على ملاحظته له خلال المقابلة، أن الإجابة جاءت عفوية وصادقة وتعبّر فعلاً عما يشعر به المريض . كان الرجل يعاني من الاكتئاب . ويميل نوى الاتجاه الاستعرافي في تفسير الاكتئاب وتطوره إلى الاعتقاد بأن ظهور أعراض الاكتئاب يرتبط مع عدم تجاهل العوامل البيولوجية، بوجود أفكار سلبية لدى المريض كما هو واضح من إجابة هذا المريض على أسئلة معالجيه (Blackburn & Twaddle, 1996, P.P 60 - 61) .

ويرى أصحاب المنهج الاستعرافي في تفسير الاكتئاب أن لخبرات الطفولة المتعلقة بفقدان شيء مهم بالنسبة للطفل (شخص أو شيء) دوراً هاماً في جعل الإنسان أكثر عرضة للاكتئاب . فالطفل الذي يفقد شيء عزيز عليه قد يعاني من أعراض اكتئابية عندما يصبح رجلاً إذا ما تعرض لحوادث مشابهة (فقدان شيء) لما حدث له أثناء طفولته (Newton, 1988, P. 50 - 57) . ويحدث تبعاً للنموذج الاستعرافي للاكتئاب ، فيما بين الخبرات السابقة (المبكرة) والخبرات اللاحقة التي تسبق ظهور أعراض الاكتئاب العديد من التحولات الاستعرافية التي تطرق لها المنظرون والمعالجون الاستعرافيون:

يكون الناس في مراحل مبكرة من حياتهم بناء على خبراتهم الشخصية مفاهيم معينة قد تؤثر في تكوين مفاهيم لاحقة. ومن المحتمل إذا لازمت هذه المفاهيم الفرد لفترات طويلة أن تتحول إلى أبنية استعرافية ثابتة (مخطوطات) . وقد تبقى هذه المخطوطات في حالة كمون لفترات معينة ولكنها قد تنشط في حالة تعرض الفرد لظروف معينة مشابهة للخبرات السابقة التي ساهمت في تكوين الاتجاهات السلبية (التي تحتوي عليها المخطوطات) وهذا قد يؤدي بدوره إلى ظهور الاكتئاب . والمخطوطة النشطة تؤثر على قدرة الفرد على اختبار الواقع حيث بظهورها يبدأ الفرد في الوقوع في أخطاء استعرافية مثل التركيز على الجوانب السلبية للموقف وتجاهل الجوانب الإيجابية (التجريد الانتقائي) (selective abstraction) الأمر الذي يجعل نظريته للمواقف الحالية أقل موضوعية مما كانت عليه قبل ظهور أعراض الاكتئاب (Beck & Rush, 1989, P.1543) . وهكذا فإن السلبية التي تميز الاكتئاب مرتبطة بالمخطوطة الاكتئابية التي تنشط بحدوث ضغوط معينة ، فالشخص الذي يعتقد مثلاً (إذا لم أُنجح تماماً فأنا شخص فاشل) (اعتقاد من محتويات المخطوطة) يكون معرضاً للاكتئاب إذا ما فشل في شيء ما (Haaga, Dyck & Ernst, 1991) .

وتشتمل النظرة السلبية لدى المكتئب على ثلاثة جوانب : النفس (يرى المكتئب أنه شخص تافه وغير مرغوب بسبب العيوب التي يعتقد أنها موجودة لديه)، والخبرات (يرى المكتئب أن العالم المحيط به عبء ثقيل عليه يحول بينه وبين تحقيق أهدافه أو أن ليس فيه ما يسر)، والمستقبل (يعتقد المكتئب أن مشاكله الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية) وهي ما اسماء بك بالنالوث الاستعرافي (The cognitive triad) (Beck & Rush, 1989). ويظهر النمط الأول المتعلق بالنظرة السلبية للنفس لدى معظم مرضى الاكتئاب أما النمطان الآخران فيظهران في الأمور ذات العلاقة بالنمط الأول (Blackburn & Twaddle, 1996). كما يبدى الرغبة في/ (ويقدم) بعض المكتئبين على الانتحار كتعبير متطرف عن الرغبة في الهروب من الوضع الذي يبدو للمريض كشيء لا يمكن التحكم فيه، أو تحمله، أو الخلاص منه .

وفي الاكتئاب يقل نشاط المريض بصورة عامة ويتوقف عن تسمى لتحقيق ما لديه من أهداف لأنه يعتقد بأن كل محاولاته ستبوء بالفشل . ومن الممكن عزو التردد الذي يعاني منه المكتئب عندما يحاول اتخاذ قرار ما إلى اعتقاده بأنه غير قادر على اتخاذ القرارات الملائمة . ومن الممكن أيضاً عزو بعض الأعراض الجسمية لدى المريض لأسباب استعرافية حيث تؤدي التوقعات السلبية لديه إلى فقدان الطاقة وسرعة الإحساس بالتعب (Beck & Rush, 1989).

وفي معرض مناقشته للفكرة التي طرحها بعض المهتمين بالاضطرابات النفسية: المشكلة في الاكتئاب هي أن الشخص يكون واقعي أكثر مما يجب ، أشار بك (1991) إلى أنه وفقاً لما نعرفه حتى الآن عن الاكتئاب فمن الممكن افتراض ما يلي: أ/ هناك تحيز إيجابي في النظام الاستعرافي غير الاكتئابي و ب/ عندما يبدأ التحول تجاه الاكتئاب يتم تحييد/إبطال مفعول التحيز الإيجابي و جـ/ عندما يظهر الاكتئاب يحدث تحيز استعرافي سلبي .

ومن الممكن إيجاز الفروض التي طرحتها النظرية الاستعرافية حول الاكتئاب فيما يلي : أولاً: الفروض المتعلقة بالسببية (وجود استعداد للتعرض للاكتئاب) في الاكتئاب : ١- لدى المريض اعتقادات غير متكيفة ثابتة قبل وخلال وبعد ظهور الاكتئاب ٢- تعتمد قدرة الحوادث على إثارة الاكتئاب على (١) محتوى المخطوطة (تأثر المخطوطة بالحوادث ذات العلاقة بمحتواها) و (٢) نوع شخصية الفرد: وهو موضوع طرحه بك ولا يزال في حاجة إلى المزيد من البحث للتأكد من مدى قدرته على تحديد القابلية للاكتئاب. وتطور الفكرة هنا حول وجود نوعين (بعدين) من الشخصية : أ / الاستقلال (autonomy) و ب/ الاعتمادية الاجتماعية (sociotropy) يتأثر كل نوع منهما بأنواع معينة من الضغوط (الحوادث) ، فالاجتماعي يفضل الألفة وقبول الآخرين له ، لذا يتأثر أكثر بالفرض من قبل الآخرين أما المستقل فيفضل الاستقلالية والإنجاز لذا فهو يتأثر أكثر بالفشل أي أن نوع الشخصية يحدد نوع الضغوط القادرة على إثارة الاكتئاب لدى الفرد و٣- تحدث النوبات الاكتئابية

اللاحقة بنفس الطريقة التي حدثت بها النوبة الأولى .

ثانيا: الخصائص الاستعرافية: ويمكن إيجازها في: ١- السلبية : أفكار المكتتب أكثر سلبية من أفكار غير المكتتب ٢- المقصورية (Exclusivity): التمسك بالأفكار السلبية واستبعاد الأفكار الإيجابية ٣- الثالث الاستعرافي (الاكتنابي) نظرة سلبية للنفس وللخبرات (العالم) وللمستقبل ٤- التلقائية (Automaticity) : تحدث الأفكار السلبية بصورة تلقائية متكررة ولا يستطيع المريض التحكم فيها بسهولة ٥- العمومية : الثالث الاكتنابي صفة مشتركة لجميع أنواع الاكتتاب ٦- الضرورة (Necessity) : يظهر الثالث الاكتنابي لدى كل المكتتبين ٧- الخصوصية (Specificity) : تتمحور الأفكار الاكتنابية تدور حول فقدان (الخسارة) (loss) ٨- الارتباط بين الأفكار وبين الأعراض غير الاستعرافية: درجة سلبية الأفكار مرتبطة بشدة الأعراض غير الاستعرافية للاكتتاب و ٩- معالجة متحيزة أو مشوهة للمعلومات : انتقاء الجوانب السلبية في المواقف أو حتى تشويه الواقع (Haaga, Dyck & Ernst, 1991) .

ومن الممكن طرح شكل مبسط للنموذج الاستعرافي للاكتتاب يعتمد على شكل المخطوطة في مراحل مبكرة واستثارتها بحوادث مشابهة لمحتواها على النحو التالي:

فقدان شخص عزيز (وفاة والد المريض في مرحلة الطفولة) ⇐ تكون اعتقادات غير فعالة (أنا شخص ناقص، إذا لم أفعل ما يريد الأخرين رفضوني) ⇐ التعرض لحوادث غير سارة (مشاكل عائلية، أو مالية) ⇐ أفكار تلقائية سلبية (أنا السبب في كل ما حدث ، سأبقى وحيدا الى الأبد ، لا أستطيع تسيير شئون حياتي) ⇐ أنا شخص غبي ⇐ ظهور الأعراض (يقع المريض هنا في حلقة مفرغة - الاعتقادات تحافظ على استمرارية الأعراض والأعراض تدعم الاعتقادات والأفكار (Fennel, 1989).

العلاج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب

البدء بعملية التقويم ثم الخطوات التالية بعد الانتهاء من عملية التقويم
(الباب الثاني)

أ / من المفضل جداً في علاج الاكتئاب أن يقوم المعالج برفع مستوى النشاط لدى المريض من خلال تشجيعه على ممارسة النشاطات المحببة بالنسبة له والنشاطات التي تجعله يشعر بالقدرة على فعل (إنجاز) شيء ما وذلك بالاستعانة بجدول النشاط (الباب الثاني) للتعرف على مستوى نشاط المريض بصورة عامة ثم اختيار النشاطات الملائمة له .

ب/ تعريف المريض بسجل الأفكار (الباب الثاني) وكيفية استخدامه واستخدام الأسئلة السocraticية للتعامل مع الأفكار غير الفعالة (التي تم ذكرها في النموذج الاستعرافي السلوكي للاكتئاب) باستخدام الأسئلة السocraticية . ويطلب من المريض استخدام سجل الأفكار وجدول النشاطات كواجبات منزلية يقوم بها المريض وتناقش نتائجها أو الصعوبات التي قد تتخللها مع المعالج داخل الجلسات . واستخدام فنية الكشف عن الأخطاء الاستعرافية (فنية تحديد الأساليب الاستعرافية غير الفعالة) عند الحاجة .

ج/ في الوقت المناسب (إذا دعت الحاجة الى ذلك) تدريب المريض على حل المشكلات والقيام بالتجارب السلوكية (الباب الثاني).

د / استخدام الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة في نهاية

(Padesky & Greenberger, 1995; Blackburn & Twaddle, 1996; Williams, 1997; Fennell, 1991).

هـ/ يجب على المعالج محاولة استكشاف ما إذا كان لدى المريض ميول انتحارية (انظر المثال جدول هذه المشكلة في الجزء الخاص بالأسئلة السocraticية (الباب الثاني).

وعندما ترد فكرة الانتحار لابد من جمع المزيد من المعلومات للتأكد من جدية المريض ، وهل سبق وأن أعد خطة (خطط) لذلك ، وما الذي منعه من تنفيذها، وما شابه وإذا اتضحت جدية المريض في الانتحار فيجب أن يكون التعامل مع هذه المشكلة هو أول تدخل يستخدمه المعالج . يعتقد بعض المعالجين أحياناً أن ذكر الانتحار للمريض أمر يجب تجنبه ، لأن المعالج قد يضع الفكرة في رأس المريض ، ولكن في الواقع أن ما يحدث بعد التعرض لهذه المشكلة هو شعور المريض بالارتياح عندما يتكلم عن الموضوع بحرية . الانتحار في الغالب استجابة لتفكير المريض بأن الوضع لا يمكن تحمله وأنه ليس بالإمكان عمل شيء حياله . وهكذا يكون التخلص من الحياة محاولة لحل المشكلات . النقاش يفتح الطريق لإيجاد بدائل أخرى ، أو على الأقل يؤدي إلى الاتفاق على أن التفكير في الموضوع سوف يؤجل إلى ما بعد العلاج (Fennell, 1991) .

الفصل الثالث عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للقلق العام Generalized anxiety

النموذج الاستعرافي للقلق العام

في محاولتهم لتحديد العوامل التي تتحكم في ظهور القلق استخدم بك،
امري وقرينبيرق (1985) Beck, Emery & Greenberg المعادلة التالية :

الاحتمال المدرك للخطر المتوقع × الكلفة المدركة للخطر المتوقع

القلق

القدرة المدركة لإمكانية + العوامل الخارجية المدركة التي
مواجهة الخطر سوف تتخذ الموقف

ويحدث للقلق إذا اعتقد الفرد أن حجم الخطر المتوقع يفوق قدرته
المدركة على التعامل مع الموقف بنجاح - (Salkovskis, 1996, PP 120 -
52 - 51, P. 1997, Salkovskis ; 121. ولكن في حالات القلق العام
(Generalized Anxiety disorder) وحالات القلق العام النقي (Pure
Generalized Anxiety Disorder) . (Clark & Steer, 1996 P.83)
يشعر المريض أنه قد خسر أو سوف يخسر في هذه المحاولة حتى في حالة
عدم وجود دالات موقفه محددة (Wells & Butler, 1997, P. 157) .

ويعرف القلق العام بـ : توجس (worry) أو قلق زائد وغير واقعي في ظروف حياتية متعددة مصحوب بتوتر عضلي واضطراب وصعوبة في التركيز وسرعة الشعور بالتعب . ويطلق على القلق العام أحياناً القلق غير المرتبط بشيء (Free-floating anxiety) أو الطليق لأنه من الصعب تحديد مثيراته ولكن بك (1976) يعترض على هذه الفكرة بقوله : إن إطلاق هذه الصفة على القلق العام مبنية على وجهة نظر من يقوم بملاحظة مريض القلق وليس وجهة نظر المريض نفسه ، لأن لدى المرضى حسماً ما يدلون به في المقابلات العلاجية ، أفكاراً وخيالات توحى بأنهم يدركون وجود خطر كبير يهددهم في المواقف التي يظهرون القلق فيها وبالتالي فإن القلق لديهم ينتج من إساءة فهمهم لما يتعرضون له من مواقف (Clark, 1989, P. 52) الأمر الذي يدل على أهمية التعامل مع الجوانب الاستعرافية لهذا الاضطراب .

وبالإضافة إلى عدم وجود اتفاق، بين الباحثين في هذا المجال، على تعريف القلق العام يعتبر هذا الاضطراب قياساً على ما هو عليه الحال بالنسبة لاضطرابات المخاوف (Phobic) والفرع (Panic) من الاضطرابات التي لم يحدث تقدم كبير في علاجها (Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991, P. 167) . ولعل من أسباب ذلك أنه لم يتم التوصل بعد إلى فهم طبيعة هذا الاضطراب ، الفهم الذي يتيح للمشتغلين في العلاج النفسي تطوير الأساليب الملائمة لعلاج . ومن ذلك مثلاً أنه لا يوجد نموذج استعرافي محدد للقلق العام كما أن هناك خلاف حول وظيفة التوجس (أحد عناصر تعريف القلق العام) في القلق العام (Blackburn & Twaddle, 1996, P. 90-92) .

يضاف إلى ذلك أن القلق العام يظهر إلى جانب العديد من الاضطرابات النفسية (Comorbidity) ، الأمر الذي حدا ببعض الباحثين إلى اعتباره عامل يزيد من قابلية الفرد للتعرض للاضطراب الذي يُصاحبه . وقد كانت هذه الأسباب وبالذات صعوبة التفريق بين القلق العام وبعض الاضطرابات وراء دعوة بعض الباحثين للتخلص من القلق العام (من DSM - IV) أو وضعه في الملاحق كمشكلة في حاجة إلى المزيد من البحث . ولكن القلق العام احتفظ

يمكن له في الـ (DSM - IV) لأن حذفه يعني أن حوالي ٢٠% على الأقل من المرضى (حالات القلق العام بدون تشخيصات إضافية) سوف يتركون دون تشخيص (Brown, 1996, PP 35-36).

✓ ويوصى الباحثون المهتمون بتشخيص الاضطرابات النفسية، كحل مقبول لإشكالية تشخيص القلق العام مراعاة ما يلي :

١- أن يتأكد المعالج من أن القلق ليس رد فعل لضغط أو صدمة نفسية أو ناتج عن استعمال للمخدرات أو مرتبط بعوامل بيولوجية (فرط إفراز الغدة الدرقية hyperthyroidism)، الاضطرابات العقلية العضوية ، نقص سكر الدم، اضطرابات الغدة النخامية (pituitary disorder) أو الأمراض العصبية).

٢- إذا ظهر القلق العام مع الاضطرابات التي يعرف أنها قد تساعد على ظهور القلق العام (اضطرابات الفزع، الخوف من الأماكن المفتوحة / agoraphobia)، المخاوف البسيطة، الخواف الاجتماعي ، اضطراب الوسواس القهري، الاكتئاب المصحوب بالقلق (anxious depression) أو الفصام فلا تشخص الحالة على أنها قلق عام (Thyer, 1987, P. 115) .
وقد ظهرت حديثاً بعض التطورات الجديدة في فهم الجوانب الاستعرافية للقلق العام وبالأذات فيما يتعلق بعلاقته بالتوجس وهي العلاقة التي لم تتضح من قبل كما تشير إلى ذلك .

ولعل من بين أبرز هذه المحاولات ما طرحه ويلز وبتلر Wells & Butler (1997) كنموذج استعراقي للقلق العام بعد مراجعة مستفيضة للدراسات التي عُثِرَ بهذا الاضطراب . وفي ذلك يبدأ الباحثان بتوضيح المقصود بالتوجس .

للتوجس عبارة عن سلسلة من الأفكار التي تحتوي على وجدانات سلبية تدور حول الحوادث المستقبلية غير واضحة النتائج (Wells & Butler, 1997, P. 1616) .

وقد أشار ثورنر وزملائه (Turner et al (1992 إلى أن الأفكار في التوجس تختلف عن تلك التي تحدث في الوسواس (Obsessions) في أن الأخيرة قد تأتي على شكل أفكار ، خيالات أو اندفاعات (نزوات) (Impulses) بينما تأتي الأولى على شكل أفكار فقط . كما أن الأفكار في التوجس مقبولة من قبل المريض بخلاف ما يحدث مع الأفكار الوسواسية بالإضافة إلى أن محتوى الأفكار في التوجس تبدو للمريض أقل اقتحاماً للذهن قياساً على الأفكار الوسواسية (In Wells & Butler, 1997, P. 161).

وتختلف الأفكار في التوجس عن الأفكار التلقائية في أن الأفكار التلقائية تكون أكثر تحديداً حيث أنها ترتبط باضطرابات معينة (تدور حول التقويم السلبى من قبل الآخرين في الخوف الاجتماعى وحول توقع حدوث أضرار بالغة للجسم أو العقل في نوبات الفزع مثلاً) . ومع أن بداية ظهور الأفكار في التوجس قد تحدث بصورة تلقائية إلا أن استمرارها يتطلب قدراً من التركيز عليها . ويقترح ويلز (Wells (1995 أن هناك نمطين من التوجس : النمط الأول يدور حول الحوادث الخارجية والحوادث الداخلية غير الاستعرافية، والنمط الثانى هو التوجس حول التوجس (Meta-worry) (ما وراء التوجس) وهو التقويم السلبى لنشاطات الفرد الاستعرافية وبالذات حدوث التوجس نفسه . ومن الأمثلة على ذلك (سوف يصيبني التوجس بالجنون) ، (لا أستطيع التحكم في التوجس) أو (التوجس شيء غير طبيعى) وتبعاً لويلز فإن الزيادة في حدوث التوجس حول التوجس هي التي تفسر بين المصابين بالقلق وبين العاديين .

ويماني مريض القلق العام من تناقض استعرافى (cognitive dissonance) يتمثل في تمسكه باعتقادات إيجابية حول التوجس (التوجس يساعد في مجابهة المشكلات التي قد تحدث مستقبلاً ؛ للتوجس يساعدني في منع حدوث بعض الأشياء غير المرغوب فيها؛ التوجس يساعدني في إنجاز ما أنا بصدد القيام به) وباعتقادات سلبية حول التوجس . عندما تنشأ الاعتقادات السلبية حول التوجس يبدأ الفرد في تقويمه بطريقة

سلبية (التوجس حول التوجس) وعندئذ يحاول الفرد التحكم في التوجس . وهكذا يتحول التوجس العادي إلى مشكلة .

عندما تتكون هذه الاعتقادات السلبية حول التوجس ويبدأ الفرد في ممارسة التوجس حول التوجس يجد الفرد نفسه منفوعاً لتفادي ما يعتقد أنه عواقب سلبية للتوجس ويحاول كبح (suppressing) أو تفادي التوجس ولكن تجاهل التوجس بالمرّة أمر مكلف بالنسبة لمريض القلق العام لأن ذلك يمثل مصدر تهديد بالنسبة له لتناقضه مع اعتقاداته الإيجابية حول التوجس . وهكذا يميل مريض القلق العام إلى ممارسة التوجس كاستراتيجية مجابهة (coping strategy) كما ذكر في الأمثلة السابقة للتوجس (يقلل من احتمال حدوث المشكلات مثلاً) ولكن قيامه بذلك ينشط المخاوف حول عملية التوجس نفسها. أفضل استراتيجية هي محاولة تفادي الحاجة إلى التوجس في المقام الأول من خلال تجنب المواقف المثيرة للقلق ولكن نظراً لاستحالة ذلك في الغالب نظراً لكثرة هذه المواقف يستخدم مريض القلق العام سلوكيات وقائية لإحباط الحاجة إلى التوجس مثل البحث عن التطمين (reassurance) وتشتت الانتباه (distraction) ومحاولة التحكم (منع) حدوث الأفكار . وهكذا فإن المشكلة لدى مريض القلق العام تكمن في التوجس حول التوجس وفي الاستخدام الزائد للتوجس كاستراتيجية لتفادي أنواع أخرى من الأفكار التي تشير الوجدانات السلبية أو لتفادي القيام بمهمة صعبة يجب على الفرد إنجازها. وتبعاً لهذا النموذج يكون هدف العلاج الأساسي هو تغيير الأفكار غير الفعالة حول القلق وليس التركيز على تدريب المريض على التحكم في التوجس وفي أعراضه كما هو الحال في الكثير من المحاولات الخاصة بعلاج القلق العام (Wells & Butler, 1997, PP. 166 - 174).

وعلى الرغم مما يبدو على هذا النموذج الاستعرافي العام من تماسك وانسجام مع بعض الدراسات التي سبقتها في هذا المجال فإنه في حاجة إلى المزيد من البحث للتأكد من مدى قدرته على تمييز مرضى القلق العام عن غيرهم ومساهمته في إيجاد التدخلات الناجحة للتعامل مع هذا الاضطراب .

وتجدر الإشارة إلى أن أليس قد تطرق وشدد على أهمية (القلق حول القلق) في مناسبات متعددة. فقد أشار إلى أن لدى بعض المرضى مشكلة مزدوجة: الأولى هي الاضطراب نفسه والثانية هي إصرار المريض على أنه يجب ألا يعاني من هذا الاضطراب . فمريض القلق يشعر بعدم الارتياح من أعراض القلق نفسها بالإضافة إلى الضيق الشديد الذي يشعر به لأنه يعاني من القلق (يجب أن لا أحس بالقلق) أو بمعنى آخر اضطراب ثانوي حول الاضطراب الأول (Ellis, 1996)، ولكنه لم يحاول وضعه على شكل نموذج متماسك كما هو الحال مع ويلز وبتلر .

العلاج الاستعرافي السلوكي للقلق العام

في العلاج الاستعرافي السلوكي التقليدي للقلق العام يتم تدريب المريض على كيفية التعرف على الأفكار القلقة وعلى إيجاد بدائل فعالة لها والقيام بتجارب سلوكية لتفحص هذه الأفكار . ويستعان عادة بسجل الأفكار وبجدول النشاطات لتحديد الأفكار وتطوير بدائل إيجابية لها ، يشجع المريض فيما بعد على تفحصها من خلال القيام ببعض المهام السلوكية (Butler et al, 1991).

ولكن التطورات الحديثة في النموذج الاستعرافي للقلق العام أضافت بعداً جديداً للعلاج الاستعرافي السلوكي للقلق . فاضطراب القلق العام تبعاً للنموذج الاستعرافي الحديث يتصف بنشاط استعرافي يدور حول الاستعراف نفسه أو بشكل أدق التوجس حول التوجس على اعتبار أن التوجس من أهم مكونات القلق العام ومن أمثلة التوجس حول التوجس (كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي للقلق العام): (سوف أصاب بالجنون من كثرة توجسي) ، (لا أستطيع التحكم في توجسي) ، (التوجس سلوك غير طبيعي) ، و(التوجس يؤدي إلى حدوث الأشياء السيئة) (Wells & Butler, 1997) (أمثلة للتوجس السلبي للتوجس من قبل المريض) . وهناك أيضاً

أمثلة على التفكير الإيجابي للتوجس مثل : (التوقف عن التوجس يزيد من احتمال حدوث ما أخشاه) ، (التوجس يجعلني أكثر قدرة على معرفة مصادر الخطر وأخذ الحيطة له قبل حدوثه) و (إذا لم أتوجس فقد أنسى ما يجب علي عمله) وبناء على ذلك فقد يتطلب علاج القلق العام وبالأذات في حالة عدم حدوث تحسن في التعامل مع هذه الأفكار حول التوجس ، (يسميه البعض: توجس نمط ٢ Type 2 Worry) (Wills & Sanders, 1997) ، بالإضافة إلى التعامل مع التوجس حول الحوادث الخارجية والداخلية (يسميه البعض : توجس نمط ١ Type 1 Worry) غير الاستعرافية مثل : (الحوادث الاجتماعية والصحة والتوقعات السلبية حول هذه الأمور) (Wells & Butler, 1997) وما يصاحب ذلك من السلوكيات التجنبية وكثرة الإلحاح للحصول على التطمين الذي يمارسه مريض القلق العام ومع مشكلة محاولة التحكم في الأفكار الذي ينتج عن التقييم السلبي لها .

ويتطلب التعامل مع هذه الجوانب المتعددة لاضطراب القلق العام بصورة عامة استخدام (١) التقييم في العلاج الاستعرافي السلوكي (٢) سجل الأفكار التلقائية والأسئلة السوفراطية والاكتشاف الموجه (٣) التجارب السلوكية وحل المشكلات و(٤) الفنيات الخاصة بالمخطوطة عند الحاجة . وهناك بعض الجوانب التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل المعالج لتسهيل العملية العلاجية مع مريض القلق العام :

التعامل مع إلحاح المريض على الحصول على التطمين :

يشرح المعالج للمريض دور التطمين في استمرار المشكلة وأن التخلص عن طلبها أمر ضروري للتحسن . ويتبع ذلك إشعار المريض بأن المعالج سوف يلتفت نظره كلما لاحظ رغبته في الحصول على التطمين وأنه لن يحاول تطمينه .

كما يطلب المعالج من المريض مراقبة سلوكياته المتعلقة بمحاولات الحصول على التطمين ومن ثم محاولة التقليل منها. على سبيل المثال : طلب

من مريض قلق عام تحديد سلوكياته الهادفة إلى الحصول على التطمين وتمكن من تحديد (ضمن سلوكيات أخرى) : ١- يطلب من المقربين منه طمأنته على حاله ، ٢- تكرار قراءة الكتب الخاصة بالقلق . ولمساعدته على تفحص أفكاره حول عواقب التخلي عن هذه السلوكيات (كان يعتقد أن مستوى القلق سوف يرتفع لديه) طلب منه المعالج: القيام بتجربة سلوكية تشمل على تخليسه عن تكرار قراءة الكتب الخاصة بالقلق ومقاومة طلب التطمين من المقربين له . ثم سأله بعد القيام بذلك عما حدث له وذكر أن الأمر لم يكن صعبا: أي أن مستوى قلقه لم يرتفع كما كان يتوقع .

التعامل مع مشكلة اقتحام الأفكار (عدم القدرة على التحكم) :

يعاني مريض القلق العام من بعض الأفكار أو الخيالات التي تقتحم ذهنه ويجد نفسه عاجزا عن التخلي عنها من خلال محاولة طردها من ذهنه ويفيد هنا استخدام فنية عدم مقاومة الأفكار (انتظر الأثر العكسي لطردهم للأفكار في الباب الأول) . المثال التالي يوضح كيفية استخدام هذه الفنية مع مريض (يتخيل نفسه وحيدا في قسم الطب النفسي فاقتدا لعقله) (من الممكن استبدال هذه الصورة بأي فكرة أو خيال يقتحم ذهن المريض) :

المعالج : جابر ، سوف أحاول القيام بتجربة لتفحص الفكرة (ليس لدي قدرة على التحكم في أفكاري) . بعد لحظة سأطلب منك القيام بمهمة محددة . أرجو أن تستمع لما أقول وتقوم به ، هل ما قلته واضح ؟ المريض : نعم .

المعالج : أريد منك ، خلال الدقيقتين القادمتين أن تفكر في أي شيء ما عدا حمل أبيض . حاول أن لا تفكر بالمرة في الحمل الأبيض ، أبعد عن ذهنك ، أرجو أن لا تكون تفكر الآن في هذا الحمل الأبيض لأن المطلوب محاولة طرده من ذهنك . جابر..... ما الذي كان يدور في ذهنك حينما كنت أتكلم ؟

المريض : حمل أبيض .

المعالج : ما الذي حصل لصورة الحمل الأبيض عندما حاولت

إبعادها عن ذهنك ؟

المريض : زاد تكرار ظهورها في ذهني .

المعالج : هل حاولت بقدر ما تستطيع عدم التفكير فيه ؟

المريض : نعم ولكن كان من الصعب التخلص منه .

المعالج : ما الذي يعنيه ذلك ؟

المريض : لست متأكدا .

المعالج : حسنا ، دعنا نحاول القيام بتجربة أخرى . أريد منك

أن تحاول إبقاء صورة الحمل الأبيض في ذهنك ، حاول الاحتفاظ بها لأطول وقت ممكن .

جابر : هل كان من السهل الاحتفاظ بالصورة في ذهنك ؟

المريض : لا . لم يكن الأمر سهلا ، استمرت الصورة في

الاختفاء عن ذهني .

المعالج : وما الذي يعنيه ذلك ؟

المريض : لا أعرف .

المعالج : حسنا ، دعنا نلخص ما حدث في التجربة الأولى . في

التجربة الأولى : كلما حاولت عدم التفكير في الحمل الأبيض كلما زاد

تكرار ظهوره في ذهنك ، هل هذا صحيح ؟

المريض : نعم .

المعالج : يبدو أن هناك شبه بين ما حدث وبين محاولتك مقاومة

رؤية نفسك وحيدا في قسم الطب النفسي ، تحاول طردها من ذهنك وتعود مرة

أخرى ، هل هذا صحيح ؟

المريض : نعم .

المعالج : في التجربة الثانية، كانت الفكرة (الصورة) تختفي كلما

حاولت إبقائها في ذهنك ؟

المريض : هذا صحيح .

المعالج : هل تساعد هذه الطريقة على التحكم في الأفكار ؟

المريض : اعتقد ذلك .

المعالج : وما الذي سيحدث لو أنك بدلا من محاولة طرد- تخيل نفسك وحيدا في قسم الطب النفسي فأقدا لعقلك ، تحاول الاحتفاظ بهذه الصورة؟
المريض : ربما تختفي . ولكنني أتضايق من هذه الخيالات ، وقد أتضايق أكثر إذا حاولت الاحتفاظ بها عمدا .

المعالج : كيف يحدث ذلك ؟

المريض : سوف يزيد مستوى قلقي إذا ما ركزت على هذه الصورة ، وتصبح خارجة عن نطاق تحكمي تماما .

المعالج : هناك افتراض آخر . إذا اتفقا على أن محاولة إبعاد الفكرة (الخيال) عن ذهنك يجعل ظهورها يتكرر في ذهنك وأن الفكرة وما تعنيه بالنسبة لك تستثير القلق لديك ، فمن الممكن القول أن اختفاء الفكرة يتبع باختفاء القلق أيضا .

المريض : لست متأكدا .

المعالج : ما رأيك في أن نجرب الآتي : تقوم باستدعاء إحدى الصور وتحاول الاحتفاظ بها في ذهنك وتلاحظ ما يحدث بعد ذلك ؟

المريض : حسنا . في الأمر صعوبة ولكنني سأقوم به طالما أنني في المكان المناسب لو قدت عقلي .

وبشيء من التشجيع قام المريض بالمطلوب وكان له أثر جيد يفيد في تقويمه للمشكلة . ذكر المريض أنه شعر في البداية ، عندما حاول التركيز على الفكرة ، وكأنه يفقد السيطرة على ذهنه . ولكن مستوى القلق انخفض بدلا من أن يزيد كما كان المريض يتوقع . ثم استمر في ممارسة هذه الفنية خارج الجلسات وقد اختفت الخيالات التي كانت تفتحم ذهنه بعد ثلاثة أسابيع (Blackburn & Twaddle, 1996) .

كما يمكن الاستفادة من فنية تحديد المسؤولية (أنظر الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني) ليكتشف المريض أن توقعاته السلبية لا تصدق دائما . ومن الممكن التعامل مع الاعتقادات التي تدور حول كون

التوجس يساعد بشكل أو بآخر على الحيلولة دون حدوث ما يخشاه المريض ، من خلال تدريب المريض على التخلي عن التوجس بالتدرج لساعات محددة ثم أيام ، وهكذا ليكتشف بنفسه أن التوجس غير ضروري لمنع حدوث ما يخشاه . ولتقادي الوقت ————وع في مشكلة الأثر العكسي لمحاولة طرد الأفكار (يطلب من المريض (بالإضافة إلى فنية جلب الأفكار التي وردت في المثال السابق)، في حالة ظهور أفكار غير مرغوبة عدم محاولة طرد الفكرة وإنما محاولة مراقبتها دون تدخل منه (Disconnected Mindfulness). الهدف هنا هو محاولة التحكم في الاستجابة للفكرة وليس التحكم في الفكرة نفسها (Wells & Butler,1997; Wells & Matthews,1994; Schwartz,1996).

ومن الممكن أيضا في حالة عدم حدوث تحسن أو في حالة البطء في حدوثه، استكشاف ما إذا كان هناك مخطوطة تكونت من خبرات المريض السابقة وتطور فيها افتراضات مثل (إذا لم أتوجس فسوف أتعرض للآذى) أو (يجب أن أكون قادرا على التحكم في أفكاري) الذي قد ينتج عن وجود مخطوطة (اعتقاد أساسي) (أنا ضعيف وغير قادر على المقاومة) التي قد تنشأ نتيجة لوجود المريض، عندما كان طفلا، في بيئة تعاقب من يتخلى عن الحذر الدائم أو تعرضه لخبرات تشجع على الاعتمادية. ومن ثم محاولة جعل المريض يدرك كيف تطور هذا الافتراض ويناقش المعالج معه مدى ملائمة التمسك به في الوقت الحاضر (أنظر الفنيات الخاصة باستبدال المخطوطة) (Padesky, 1994; Blackburn & Twaddle, 1996).

ويساعد قيام المريض، بالتدرج، بممارسة السلوكيات التي تعود على تجنبها على تعديل التوجس حول التوجس وتعديل الاعتقادات غير الفعالة لدى المريض . وتبين الدراسات الحديثة في هذا المجال أن مرضى القلق العام يتجنبون مصادر التهديد الخارجية وكذلك الإثارة الانفعالية في محاولة منهم لتقادي تنشيط التوجس . وتشمل هذه السلوكيات التجنبية: تجنب طلب استخدام الهاتف من الآخرين متجنب الاحتكاك بالمرضى ، أو الدخول في مناقشة

مواضيع معينة . لذا يتطلب العلاج محاولة تشجيع المريض على ممارسة السلوكيات التي يتجنبها حيث أن التجنب لا يتيح له فرصة اكتشاف عدم دقة اعتقاداته غير الفعالة وبالتالي استمراره في التمسك بها (Wells & Butler, 1997).

ومن الممكن استخدام الاسترخاء كإجراء مساعد حيث أنه قد يقوي شعور المريض بقدرته على التحكم في الأعراض التي يشكو منها كما أنه قد يسهل عملية استرجاع المعلومات الإيجابية من الذاكرة التي تساعد المريض في عملية إيجاد أفكار بديلة فعالة للأفكار السلبية المتعلقة بالخطر (Clark, 1991).

الفصل الرابع عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطراب الفزع Panic Disorder

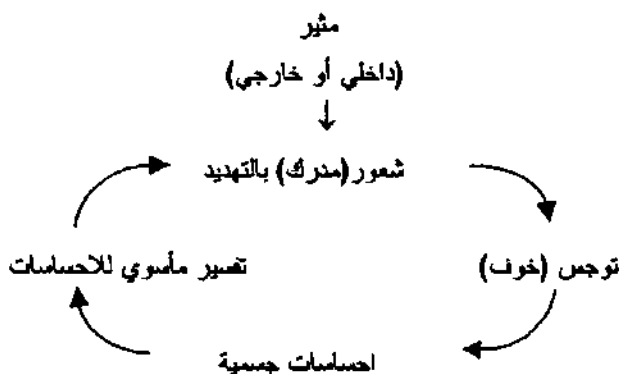
النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع

لنموذج الاستعرافي لاضطراب الفزع أهمية كبيرة في تفهم وعلاج نوبات الفزع وكذلك في تطور النماذج الاستعرافية الأخرى لاضطرابات القلق بصورة عامة . ويمكن القول بأن التفسير الاستعرافي (النموذج) للفزع وعلاجه هو الأكثر قبولاً بين المنظرين والمعالجين لهذه الظاهرة قياساً على التفسيرات النفسية الأخرى والتفسيرات البيولوجية الموجودة في وقتنا الحاضر . (Rachman, 1997)

وهناك شبه إجماع بين المعرفيين السلوكيين المهتمين باضطراب الفزع على اعتبار النموذج الاستعرافي لاضطراب الفزع الذي طوره كلارك (Clark 1988) والذي أظهرت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال فعاليته في علاج الفزع النموذج الأمثل وفقاً للمنظور الاستعرافي السلوكي . ويمكن تلخيص هذه النموذج على النحو التالي : (يعانى الناس من نوبات الفزع المتكررة لأن لديهم ميل دائم نسبياً لتفسير احساسات جسمية معينة بشكل مأسوي . وهذه الاحساسات التي يساء تفسيرها هي أساساً الاستجابات المرتبطة بالقلق العادي (على سبيل المثال الخفقان ، ضيق التنفس ، الشعور بالدوخة (دوار) والإحساس بالتمثيل) و بعض الاحساسات الأخرى . وتطوي هذه التفسيرات المأسوية على إدراك أن هذه الاحساسات أكثر خطراً مما هي عليه فعلاً وخصوصاً اعتبار هذه الاحساسات مؤشراً على قرب حدوث معضلة جسمية أو عقلية: ومن ذلك على سبيل المثال ، اعتبار الإحساس البسيط بصعوبة في التنفس دليلاً على أن عملية التنفس ستوقف وأن المريض سوف يموت نتيجة لذلك ؛ اعتبار الإحساس بالنبضات في الجبهة دليلاً على حدوث

نزيف في المخ أو اعتبار الإحساس بالارتعاش دليلاً على أن المريض سوف يفقد قدرته على التحكم في نفسه ويصاب بالجنون في الحال. ولعل العبارة التي استخدمها بك كعنوان لفصل في أحد كتبه (جرس الإنذار أسوأ من الحريق نفسه) والذي ناقش فيه نوبات الفزع والحلقة المفرغة التي يقع فيها المريض توضح فعلاً الخطأ الاستعرافي الذي يؤدي بالمريض إلى نوبات الفزع (Alford & Beck, 1997, P. 122).

والمقصود بالحلقة المفرغة هنا الحوادث المرتبطة التي يعتبر كل منها وقوداً للآخر مما يؤدي إلى استمرارها وتفاقمها. وغالباً ما تتعاقب هذه الحوادث (على شكل حلقة مفرغة يقع فيها مريض اضطراب الفزع) على النحو الذي يوضحه الشكل التالي :



وكما هو موضح في الشكل مثير داخلي (احساسات جسدية ، أفكار ، خيالات) أو مثير خارجي (التواجد في سوق مركزي بالنسبة للمريض الذي يعاني من الخوف من الأماكن المفتوحة (agoraphobic) يدرك على أنه مؤشر لخطر قائم ويؤدي هذا التفسير إلى ظهور حالة من التوجس (الخوف) مرتبطة بعدد من التغيرات الجسمية المختلفة . تفسر هذه الأحاسيس (النتيجة

عن القلق) بشكل مأسوي (الإصابة بالجنون ، الموت أو فقدان التحكم) مما يزيد من درجة التوجس (الخوف) الذي يؤدي بدوره إلى زيادة الاحساسات الجسمية ويقود ذلك كله المريض إلى الوقوع في الحلقة المفرغة التي تحدث في نوبات الفزع (5 - 124 PP. Clark, 1996). ومع أن الأعراض الجسمية (الاحساسات) التي يشعر بها المريض هي التي تثير نوبة الفزع لديه فإن المرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب يجدون صعوبة في إدراك ما يحدث . ويرجع ذلك، تبعاً للتفسير الاستعرافي ، إلى كون المثيرات التي يخافها المريض (الاحساسات الجسمية) تكون فيما بعد جزء من رد فعل الخوف الذي يظهره المريض بعد إحساسه بما يحدث داخل جسمه الأمر الذي يجعله (المريض) يعتقد بأن الفزع يحدث بصورة تلقائية (Rapee, 1996, P. 78) .

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع

كما هو الحال مع الاضطرابات النفسية الأخرى يعتمد علاج اضطراب الفزع على النموذج الاستعرافي الخاص به. وقد قدم كلارك (Clark, 1997) وصفاً محدداً للخطوات العلاجية لهذا الاضطراب على النحو التالي :

أ / التقويم الاستعرافي السلوكي لتحديد المشكلة والظروف المتعلقة بها والمثيرات التي تسبق النوبة مباشرة : تغيرات جسمية بسيطة ناتجة عن الاستثارة أو الغضب، أو بسبب إحساس الفرد بأن (الدنيا تتحرك) ، التمارين الرياضية (الخفقان وضيق التنفس) ، الشعور بالدوار نتيجة للوقوف على الأقدام بسرعة بعد الجلوس أو الإكثار من القهوة (خفقان) .

ويفيد هنا العديد من الفنيات الاستعرافية التي تهدف إلى مساعدة المريض في إدراك التناقض بين ما يحدث له وبين اعتقاداته السلبية . على سبيل المثال قد يرن جرس التليفون في الوقت الذي يعتقد فيه المريض أنه سوف يصاب بنوبة قلبية لاحتساسه بالخفقان وضيق في التنفس والصدر فتختفي هذه الأعراض بمجرد قيام المريض بالرد على التليفون لأن قيامه بذلك عزله عن

اعتقاداته السلبية مما أدى إلى اتحسار أعراض الفزع . توجيه أسئلة للمريض مثل (هل تعتقد أن الرد على التليفون علاج كافٍ للنوبات القلبية ؟) و (إذا لم يكن الرد على التليفون هو الذي أوقف النوبة القلبية فما الذي فعل ذلك ؟) تساعد المريض على فهم أهمية ما حدث وبالتالي إدراك أن ما يحدث له ناتج عن تفسيره السلبي للأحاسيس الجسمية التي تحدث له وليس بسبب إصابته بنوبة قلبية .

كما تنفيذ عملية تثقيف المريض حول الظروف التي يحدث فيها الإغماء لمساعدته في إعادة تفسير الأحاسيس التي يشعر بها بين الحين والآخر من خلال تلطيف الصورة المخيفة لأعراض القلق وشرح وظيفته الطبيعية في مساعدة الفرد على التكيف . وبإمكان المعالج في هذا الخصوص أن يشير مثلاً إلى أن مشكلة المريض تكمن في الخوف من الأعراض التي يشعر بها : في النظر إليها كشيء يهدد الصحة النفسية أو الصحة الجسمية (يفسر المريض ما يعتريه من إحساسات جسمية في اضطراب الفزع تفسيراً غير دقيق فيزيد القلق وتزداد الإحساسات ثم يصاب بالفزع ؛ يشعر بالقلق في المواقف الاجتماعية فيقلق حول القلق فيزداد القلق فيحدث الارتباك وهكذا) وما يحدث هنا (هو أن المريض يتعامل مع القلق كعدو له) . ولوضع القلق في مكانه الطبيعي يوضح المعالج للمريض أن القلق عبارة عن طاقة منحها الله للإنسان لكي تساعد على الهرب من مواقف الخطر الحقيقية وتساعد على حل المشكلات التي تعترضه وأن الجسم يوقف القلق عندما يحس بانتهاج الحاجة إليه . ومن المعروف أن معظم الناس ينجز ما هو بصدد القيام به بنجاح عندما يكون قلقاً كما يحدث في: إلقاء حديث أمام عدد كبير من الناس ؛ أداء الامتحانات ، وبقية الأعمال التي تتجزأ بحضور الآخرين . وعلاوة على ذلك فإن الكثير من الناس يدفع النقود لكي يقلق : مشاهدة الأفلام المثيرة ، ممارسة أو مشاهدة أنواع الرياضة الخطرة مثلاً وبعضهم يدمن على ذلك . المشكلة إذن تكمن في الطريقة التي نفسر بها القلق وليس في القلق نفسه . وعلى هذا الأساس فإن السر في التغلب على اضطرابات القلق (الفزع ، الخوف الاجتماعي والقلق

ومن الأساليب المألوفة التي تستخدم لإثارة الأحاسيس التي يخافها

المريض :

١- التركيز على أعضاء الجسم ذات العلاقة .
 ٢- قراءة أزواج من الكلمات التي تمثل الأحاسيس والعواقب المأساوية التي يتوقع المريض حدوثها قراءة متمعة (الخفقان - الموت ، صعوبة التنفس - الاختناق، الخدر - السكتة الدماغية ، تسارع الأفكار - الجنون) وجعل المريض يتنفس بالطريقة التي يمارسها خلال نوبات الفزع (أنظر التجارب السلوكية في الباب الثاني) . أما بالنسبة للمرضى الذين يعتقدون أن شعورهم بالدوار الذي يصاحب نوبات الفزع مؤشر على أنهم قد يتعرضون للإغماء فيفضل (الى جانب المثال الخاص بالاغماء كما أشير الى ذلك) أن يقوم المعالج بتشجيعهم على التخلي عن سلوكيات الأمان التي يمارسونها لمنع حدوث الإغماء (كما يتصورون) مثل : عدم مسك أو الاتكاء على أشياء ثابتة أو عدم شد عضلات الساق عندما يتصورون أنهم سوف يصابون بالاغماء . ويشجع المرضى الذين يتجنبون التمارين الرياضية لاعتقادهم بأن لديهم مشكلات قلبية على ممارسة التمارين وبالذات عندما تظهر لديهم الأحاسيس . وعادة ما يطلب المعالج قيام المريض بهذه الإجراءات في جلسات العلاج ثم يطلب منه القيام كواجبات منزلية.

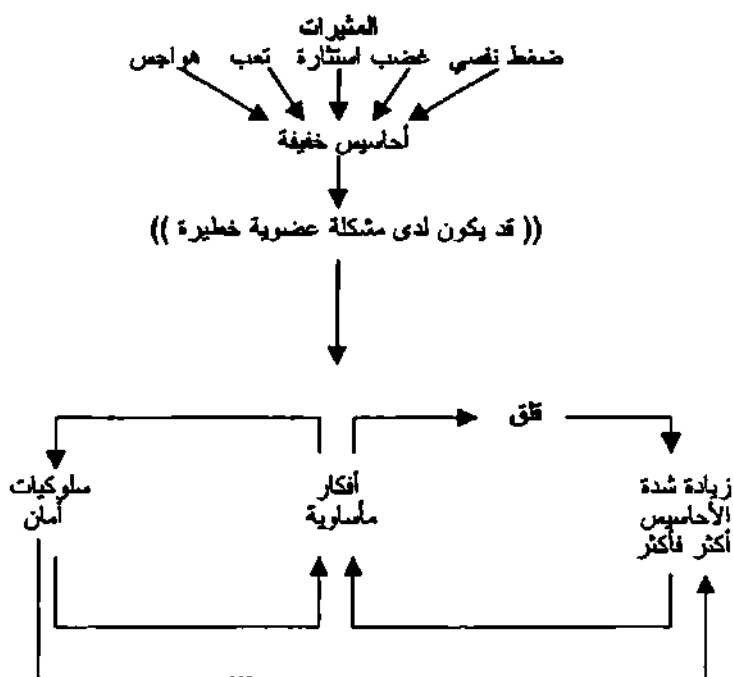
وغالبا ما تطبق هذه الفنيات الاستعرافية السلوكية في ما بين ٤-١٢ جلسة مع مرضى نوبات الفزع وبنجاح قد يصل إلى ٩٠% كما يشير إلى ذلك عدد من الدراسات في هذا المجال . وقد طبقها كلارك (1996) Clark في جلستين فقط على النحو التالي: كان المريض رجل (٤٠ عام) يعاني من نوبات الفزع منذ عام ونصف ويتعرض لثلاث نوبات فزع في الأسبوع تقريبا . كانت الأفكار الرئيسية لديه خلال نوبات الفزع (سوف أصاب بنوبة قلبية (درجة التصديق: ١٠٠%) ، سوف أصاب بسكتة دماغية (١٠٠%) ، سوف أموت (١٠٠%) ، سوف أتعرض للإغماء (٥٠%) وسوف أفقد عقلي (٤٠%). وكانت أهم الأحاسيس التي تخيفه : الخفقان ، ضيق وتقل في الصدر، عدم وضوح الرؤية ، جفاف الحلق ، الدوار ، وخزات في الأصابع ،

وضيق في التنفس والشعور بأنه يعيش في حلم (Unreality) . وكان يمارس مراقبة قلبه (ليرى ما إذا كان يخفق ببطء أو بسرعة) ، تشتيت أفكاره ، تناول الباراسيتمول ، أخذ نفس عميق والاستحاب من الوضع الذي هو فيه كسلوكيات أمان خلال نوبات الفزع . وكان يتجنب الجنس والتمارين الرياضية خوفاً من تعرضه لنوبات الفزع . بدأت الجلسة الأولى (أربع ساعات) تخللتها فترة لتناول القهوة باستعراض آخر نوبة فزع تعرض لها المريض وتوضيح الحلقة المفرغة التي يقع فيها من يصاب بنوبات الفزع (القلق يؤدي إلى الأعراض ، الأعراض ترفع مستوى القلق ، أنظر النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الفزع) . كانت الفكرة المسيطرة في هذه النوبة (سوف يتوقف قلبي ثم أموت) . ثم تم طرح الاحتمالين الممكنين لما يحدث (أعراض حقيقة مرضيه ، أم أعراض ناتجة عن أفكار المريض) . الاحتمال الذي يصدق به المريض (لدي مشكلة خطيرة في القلب وقد أموت فعلاً خلال نوبة الفزع) . أما الاحتمال الثاني فكان: (إن المشكلة تكمن في اعتقاده بأنه سوف يصاب بنوبة قلبية) . وبكبدية لمحاولة التعرف على الاحتمال الصحيح من هذين الاحتمالين ، ركز المعالج على سلوكيات الأمان التي يمارسها المريض وطلب منه إعطاء رأيه في : كيف يمكن أن يوقف تشتيت الذهن وأخذ الباراسيتمول النوبة القلبية . أشار المريض إلى أن تلك لن يوقف النوبة القلبية الحقيقية ولكنه طريقة جيدة لإبعاد الأفكار السلبية عنه وأن ذلك هو السبب الذي يجعله يستفيد من هذين الإجراءين خلال نوبات الفزع . وبعد ذلك شجع المريض على أن يتنفس بنفس الطريقة التي يتنفس بها خلال نوبات الفزع . وقد أصيب بشيء من الدهشة عندما لاحظ أن التنفس العميق الذي يلجأ إليه للتحكم في الأعراض هو في الحقيقة ما يسبب له الإحساس بالدوار والخفقان . ثم عرضت عليه نتائج دراسة توضح أن الوعي بالقلب ينتشر لدى مرضى اضطراب القلق لمساعدته على إدراك أن مراقبة القلب (سلوك أمان) قد يكون من الأسباب المسؤولة عن الأعراض التي تصيبه ويعتقد أنها دليلاً على وجود مرض في قلبه . عند هذه المرحلة انخفضت درجة تصديق المريض بالاعتقاد (أن ما يعانيه خلال نوبات الفزع

مؤشرا على أنه أصيب بنوبة قلبية) من ١٠٠% إلى ٦٠% . ثم تم الاتفاق على أن تجنبه للتمارين الرياضية وممارسته لسلوكيات الأمان خلال نوبة الفزع أسباب رئيسية لاستمرار تصديقه بهذا الاعتقاد ، لأن هذه السلوكيات حرمته من فرصة اكتشاف ما إذا كان شعوره بصعوبة في التنفس وبآلام في الصدر التي يعاني منها سوف تؤدي فعلا إلى حدوث نوبة قلبية أم لا .

ثم اقترح عليه ممارسة التمارين الرياضية لإحداث ما يحس به في قلبه وعدم ممارسة أي من سلوكيات الأمان . وبعد ذلك قام المعالج والمريض بالمشي تارة وبالجري تارة (بالتناوب) في ملعب قريب من مكان الجلوس . في بداية التمرين كانت درجة تصديق المريض بأنه سوف يصاب بنوبة قلبية ٥٠% ، انخفضت إلى ٣٥% في منتصف فترة التمرين ، وعند نهاية التمرين وبعد تمكن المريض من التخلي عن كل سلوكيات الأمان انخفضت درجة التصديق بالاعتقاد إلى ٥% . ثم عاد المعالج والمريض إلى المكتب ولخصا الأدلة التي تؤيد والتي تعارض التفسيرين (الاحتمالين) الممكنين للأعراض التي تحدث للمريض ودعا النموذج الاستعرافي باستعراض عدد من نوبات الفزع التي تحدث بدون سبب ظاهر (كما يبدو للمريض) وحددا مثيرات الأحاسيس التي تؤدي بشكل أو بآخر إلى هذه للنوبات . ثم توصلا إلى تصور للحلقة المفرغة التي توضح كيفية حدوث كل نوبات الفزع التي عانى منها المريض :

(ولتوضيح ذلك أنظر الشكل في الصفحة التالية)



تلي ذلك مناقشة ما تبقى من الأدلة المؤيدة للفكرة (سوف أصاب بالإغماء خلال نوبة القزع). لم يسبق للمريض أن أصيب بالإغماء خلال نوبات القزع والدليل الأساسي (بالنسبة له) على أنه قد يصاب بالإغماء هو النوار الذي يشعر به خلال النوبات . أثبتت عملية التنفس التي قام بها المريض لإيضاح الطريقة التي يتنفس بها خلال النوبات أن طريقته في التنفس مسنولة

جزئيا عن شعوره بالدوار ، ثم نوقشت مع المريض فسيولوجية الإغماء (انظروا المثال في فصل الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه) .

ساهمت هذه المعلومة في خفض درجة تصديقه بأنه قد يصاب بالإغماء إلى صفر % .

واشتملت الواجبات المنزلية التي أعطيت للمريض على : الاستماع لشريط الجلسة وكتابة المهم من الملاحظات، برنامج تمارين يومي، وتعليمات حول كيفية تغيير سلوكه إذا ما تعرض لنوبة من الآلام في الصدر والدوار والشعور بأن ما حوله غير حقيقي (كأنه في حلم) . لكي تبين له أن ليس فيما يحدث له خطورة: يجب عليه أن يتجنب التحكم في التنفس ، محاولة تشتيت انتباهه ، يترك الوضع الذي هو فيه . ذكر أنه في الغالب يحس بضربات قلبه في أذنيه عندما يكون مستلقيا في فراشه . وقد طلب منه ، نظرا لأنه يتخذ من ذلك دليلا على وجود مشكلة في القلب لديه ، أن يسأل زوجته عما إذا كانت قد سمعت نبضات قلبها عندما تكون في أوضاع مشابهة للأوضاع التي يسمع بها نبضات قلبه .

تمت الجلسة العلاجية الثانية (ساعة واحدة) بعد ثلاثة أسابيع من الجلسة الأولى . وخلال هذه الفترة لم يتعرض المريض لأي نوبة فزع كاملة (Full-blown) ، ولكنه تعرض لأعراض محدودة استغلها كفرصة للتخلي عن سلوكيات الأمان واستكشاف عواقب الأحاسيس التي يحسها في جسمه . انخفضت درجة تصديقه بأنه قد يصاب بنوبة قلبية خلال نوبات الفزع إلى ١٠% وسجل درجة منخفضة على أحد مقاييس الخوف من الأماكن المفتوحة التي تركز على الأفكار المرتبطة بهذا الاضطراب . وكان بسؤاله لزوجته حول سماعها لنبضات قلبها أثر علاجي جيد لأنها أبلغته بأنها كثيرا ما تشعر بنبضات قلبها في الظروف التي يشعر هو بنبضات قلبه فيها . خصص معظم وقت الجلسة للتعرف على الأدلة المتبقية التي تثير قلقه حول قلبه . أشار إلى أنه كان يلاحظ ضيق في الصدر عندما يكون جاهزا للذهاب للفراش أو خلال

لحظات الهدوء بعد إنجاز الكثير من الأعمال (مكالمات تليفونية ، مواعيد ، ... إلخ) . كان يرى ذلك مؤشرا على وجود مشكلة ما في قلبه لأنه يشعر بهذا الضيق في الصدر حتى عندما يمارس أعمالا لا تتطلب سوى اليسير من الجهد . وقد ساهمت أسئلة المعالج للمريض في جعله يدرك أنه طالما أنه من النادر أن لا يحس بالألم أثناء التمارين الرياضية أو الحوادث الضاغطة بقدر ما يحدث في أوقات الهدوء التي تتيج له الفرصة في التركيز على جسمه فإن ذلك يدل على عدم وجود مشكلة في القلب لديه وأن ما يحدث لا يعدو كون ضغوط العمل تؤثر على الجزء العلوي من جسمه ولكنه لا يستطيع ملاحظة ذلك إلا عندما يرتاح من العمل ويركز على جسمه . وبعد هذه المناقشة تقلصت درجة تصديقه بأنه قد يصاب بنوبة قلبية خلال نوبات الفزع إلى صفر % . ويضيف كلارك أن المريض لم يتعرض إلى أي نوبة فزع بعد ذلك (Clark, 1996) . وكما يعرف المشتغلون في هذا المجال لابد وأن يتأكد المعالج من أن المريض لا يعاني من أمراض جسمية تكون هي السبب فيما يعانيه أعراض أو تجعله غير قادر على تطبيق التجارب السلوكية التي تم ذكرها .

الفصل الخامس مخبر: النموذج والخططة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري

النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الوسواس

القهرية (OCD) Obsessive-Compulsive Disorder

يتكون اضطراب الوسواس القهري من وسواس (أفكار للشخص تقتحم ذهنه) أو أفعال قسرية يتصفان (الأفكار والأفعال) بـ (١) التكرارية (٢) صعوبة المقاومة يجد الفرد صعوبة في مقاومتها (٣) الإقراط في الحوادث وعدم الملاءمة و (٤) ترعج وتعيق الفرد من خلال إضاعة وقته (Andrews, 1996, P.4).

تقتحم الوسواس (أفكار وخيالات) عقل الفرد وتحاصره وتثقله ويجد نفسه عاجزا عن مقاومتها رغم كرهه الشديد لها . أما الأفعال القسرية فهي محاولات عقيمة للتخلص من القلق والخوف التي تسببها الوسواس . ومع أن الفرد يعتبر قيامه بهذه السلوكيات (غسل اليدين ، التأكد من القيام بشيء ما) تصرفا سخيفا وغير مبرر فإنه يجد نفسه عاجزا عن مقاومتها : تجعل هذه التصرفات الفرد يشعر براحة مؤقتة ولكنها تزيد من قوة الأفكار الوسواسية وتساعد على استمراريتها (Schwartz, 1996).

ويرى المنظرون الاستعرافيون أن المشكلة في اضطراب الوسواس القهري ليست في حدوث أفكار معينة أو في مدى قدرة الفرد على التحكم فيها لأن هذه الأفكار تحدث للشخص العادي كما تحدث للشخص المصاب باضطراب الوسواس القهري . المشكلة من المنظور الاستعرافي تمكن في تقويم (تفسير) الفرد لهذه الأفكار . وما يحدث في الوسواس القهري هو أن المريض يرى أن هذه الأفكار مؤشرا على احتمال كونه مسؤولا عن إلحاق الأذى بنفسه أو بغيره أو عن منع حدوث الأذى.

يرتكز النموذج الاستعرافي للوسواس القهري على الصلة بين الإحساس

بالمسؤولية (Responsibility) عن حدوث أو عدم حدوث شيء ما وبين عملية التحييد (Neutralizing) التي يقوم بها المريض للتقليل من درجة مسؤوليته عن ما هو بصدد التفكير فيه .

ويقصد بالمسؤولية هنا اعتقاد المريض بأنه قد يكون السبب في إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين ما لم يتم محاولة تهدف إلى إزاحة هذه المسؤولية عن كاهله . وعنصر المسؤولية مهم هنا في تعريف الوسواس القهري . فلو كانت إساءة فهم المريض للأفكار التي تلج ذهنه تدور حول تعرضه للتهديد أو للخطر لكان الاحتمال الأكبر هو أن يصاب بالقلق وليس بالوسواس القهري .

وعندما تحدث إساءة الفهم هذه من قبل المريض لنشاطاته العقلية يبدأ في إظهار استجابات سلوكية (أفعال قهرية ، تفادى الموقف ، البحث عن التطمين بحثاً عن من يشاركه في المسؤولية ، أو محاولة إبعاد الأفكار عن ذهنه) . وتؤدي محاولات التحييد هذه ليس فقط إلى إطالة أمد القلق ولكنها تؤدي أيضاً إلى استفحال الأفكار الوسواسية وبالتالي إلى ردود فعل وجدانية ، استعرافية وسلوكية غير متكيفة . فقد تعتقد مريضة أن حدوث فكرة (سوف أقتل طفلي) تعني أنها قد تقدم على هذا العمل ما لم تمنع بشيء يمنعها من القيام بذلك مثل ؛ تفادى بقائها مع طفلها لوحدهما أو من خلال محاولة الحصول على التطمين من الآخرين أو التفكير بأفكار إيجابية بهدف إحداث عملية توازن مع الأفكار السلبية أو المحاولة الجادة في طرد هذه الأفكار عن ذهنها . ونتيجة لذلك تزداد الأفكار الوسواسية لأن محاولة منعها تزيد من حدوثها (انظر الموضوع الخاص بالآثر العكسي لمحاولة طرد الأفكار في الباب الأول). وتحول محاولات التحييد هذه بين المريض وبين اكتشاف أن الأشياء التي يخاف منها لن تحدث في الواقع (Salkovskis, 1996).

العلاج الاستعرافي السلوكي للوساوس القهرية

تمهيد

لقد كان من الأمور التي يتفق عليها الكثير من المهتمين بالعلاج النفسي لمشكلة الأفكار الوسواسية أن هذا الاضطراب من النوع غير القابل للعلاج اللغوي. وينسحب ذلك حتى على المدارس السيكودينامية التي قلما تعني بالتعامل مع أعراض الاضطرابات، ولربما كان السبب وراء ذلك أنه من العبث محاولة إقناع مريض الوساس بأن أفكاره غير حقيقية طالما أنه هو يعتبرها كذلك. وكان لنجاح أسلوب التعرض ومنع الاستجابة دورا كبيرا في النظر إلى مشكلة الوساس من منظور آخر. ومن الممكن اعتبار ملاحظة راكمان (Rachman, 1971) واقتراحه حول النظر إلى مشكلة الوساس كاستجابات شرطية (مكيفة) واقتراح بك (Beck, 1976) أن الاستجابة الانفعالية في الوساس تعتمد على التفسير السلبي للأفكار الوسواسية؛ حجر الأساس للطرح الاستعرافي السلوكي (النموذج) لاضطرابات الوساس القهري (In: Salkoviskis, 1996).

ومن هذا المنطلق انبثق التفسير الاستعرافي السلوكي لمشكلة الوساس الذي يمكن تلخيصه على النحو التالي:

- ١- تبدأ مشكلة الوساس القهري من أفكار اقتحامية (Intrusive) عادية. وينحصر الفرق بين هذه الأفكار العادية وبين الأفكار المتقدمة الوسواسية في الطريقة التي يفسر بها المريض حدوث ومحتوى هذه الأفكار وليس في حدوثها أو في مدى التحكم فيها.
- ٢- يميل مريض الوساس إلى النظر إلى هذه الأفكار كمؤشر لكونه مسؤول عن وقوع خطر محتمل لنفسه أو لغيره.
- ٣- يؤدي ذلك إلى زيادة الشعور بعدم الارتياح، القلق والاكتئاب.

- ٤- إلى تركيز أكثر على هذه الأفكار التي تقتحم ذهنه.
- ٥- يؤدي هذا النوع من التركيز إلى تيسر (سهولة) (Accessibility) ورود الأفكار الاقتحامية والأفكار المرتبطة بها إلى ذهن المريض .
- ٦- يقوم المريض بمحاولات نشطة (في الغالب تؤدي إلى نتائج عكسية) للحد من هذه الأفكار المقتحمة وخفض مستوى المسؤولية التي يشعر المريض بأنها مرتبطة بهذه الأفكار وتأتي هذه المحاولات على شكل استجابات سلوكية واستعرافية (تحييد) (Salkovskis, 1996) .
- ويتم التعامل مع اضطراب الوسواس القهري في العلاج الاستعرافي السلوكي بأسلوبين مختلفين ؛ أحدهما يتناسب مع الأفعال والآخر مع الأفكار على النحو التالي :

أولاً : علاج الأفعال القهرية

يستخدم المعالجون الاستعرافيون السلوكيون فنية التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوسواس القهري لأنها من الفنيات التي ثبتت فعاليتها بشكل كبير في التعامل مع الأفعال القهرية التي يعاني منها الكثير من مرضى الوسواس القهري . ولكن هذا الاستخدام يتم في إطار استعرافي سلوكي . ومن ذلك أن المعالج الاستعرافي يولي اهتماما كبيرا للتعامل مع الأفكار والاعتقادات التي قد تمنع المريض من ممارسة أو الاستفادة من فنية التعرض ومنع الاستجابة وكذلك بالأفكار والاعتقادات التي تقلل من قدرة المريض تخفيف على درجة القلق أو الاكتئاب الذي يرافق الوسواس القهري ، وذلك بالاعتماد على النموذج الاستعرافي السلوكي لهذا الاضطراب .

يفترض في النظرية الاستعرافية أن نجاح علاج الوسواس القهري مرتبط بمساعدة المريض على تعديل الاعتقادات التي تؤدي إلى تفسير الأفكار التي تقتحم ذهن المريض بصورة غير سليمة . على سبيل المثال :

يساعد المعالج المريض الذي يكرر غسل يديه بشكل غير عادي، على تفحص النموذج الاستعرافي لمشكلته الذي يستبد الصبغة التهديدية للأفكار التي تقتحم ذهنه: يساعده على استبدال فكرة (أنه تعرض للتلوث، بشكل أو بآخر، وأنه سوف ينقل المرض إلى شخص آخر) بفكرة أن (المشكلة تنحصر في خوفه من التلوث ومبالغته في أنه قد يتسبب في (ويكون مسؤولاً) عن تعرضه أو تعرض غيره للأذى.

وهكذا يساعد المعالج المريض قبل الشروع في عملية التعرض في تحديد وتفحص ما يحول في خاطره من الأفكار التي تدفعه إلى القيام بالسلوكيات القهرية والأفكار التي قد تحد من قدرته على ممارسة التعرض ومنع الاستجابة والاستفادة منها، الأمر الذي يجعل المريض ينظر إلى عملية التوقف عن السلوك القهري كشيء يخلو من الخطر. (Salkovskis & Kirk, 1997).

تقويم المشكلة : في العلاج الاستعرافي السلوكي ليس هناك فصل بين عملية التقويم والعلاج فكلهما مكمل للآخر . فالمعالج يبدأ بتقويم المشكلة لتكوين تصور للمشكلة (صياغة المشكلة) وللفنيات اللازمة للتعامل معها مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا التصور قد يتغير إذا ما تم الحصول على معلومات جديدة تستوجب ذلك خلال العملية العلاجية (أنظر التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي في الباب الثاني). ولعل من الملائم هنا التأكيد على ضرورة التركيز على محاولات التحديد الاستعرافي (أفكار تصحيحية للأفكار الواسوسية) التي يمارسها مريض الوسواس القهرية وتشجيعه على التخلص منها؛ على سبيل المثال : لدى المريض فكرة حول حدوث شيء غير مرغوب فيه إذا لم يمارس سلوكا معينا، فيتوقف عن ممارسة السلوك ويخفف من قلقه بأن يقول لنفسه: لن يحدث شيء غير سار لأنني نفذت ما طلبه المعالج منى (تحديد) (Salkovskis & Kirk, 1991) . وتجدر الإشارة هنا إلى أن مرضى الوسواس القهرية لا يجدون صعوبة في إكمال سجل الأفكار الذي يعتبر من

الغنيات الأساسية في العلاج الاستعرافي السلوكي (أنظر الباب الثاني) لأنه يشجع حاجتهم لبلوغ الكمال والتوفيق (Blackburn & Twaddle, 1996).

التعرض ومنع الاستجابة : ويقصد بذلك التعرض المباشر للمثيرات التي يخافها المريض (بما في ذلك الأفكار - سوف يتم التعرض لذلك بشكل أوسع في الجزء الخاص بعلاج الأفكار الوسواسية في هذا الفصل) و منع الطقوس القهرية وتحديد السلوك الظاهر والباطن الذي يقوم به المريض عادة عند تعرضه لهذه المثيرات.

وقبل البدء في عملية التعرض ومنع الاستجابة يناقش المعالج مع المريض الهدف منه ويشجعه على طرح الاستفسارات أو الاعتراضات أو القلق إن وجد . ومن الممكن تهيئة المريض لعملية التعرض ومنع الاستجابة على النحو التالي:

في العادة يعاني الشخص من نوع من القلق في بداية تطبيق التعرض ومنع الاستجابة. وهذا في الحقيقة أمر مهم في العلاج لأن الناس تعتقد بأن القلق سوف يستمر حتى يتعذر تحمله ولكنهم يكتشفون في الواقع أن ما يحدث هو أن القلق في الغالب يتناقض بصورة غير متوقعة ، أحيانا يخف القلق خلال ٢٠ دقيقة وفي الغالب تتراوح الفترة ما بين نصف إلى ساعة على الأكثر . والأمر الآخر المهم هو أنك سوف تلاحظ أن فترة وشدة عدم الشعور بالراحة تقل بعد عملية التعرض لمرتين أو ثلاث ، وهذا أفضل دليل على أن العلاج يسير في الاتجاه الصحيح ، ومع مرور الوقت سوف تجد أن باستطاعتك التعرض لما تتفادى دون الشعور بأي نوع من عدم الارتياح .

يجب أن تناقش عملية التعرض والقلق وتخفيفه بأسلوب متعاطف ، ولكن يجب تجنب التأكيد _____ يد للمريض بأن الأشياء التي يتفادى التعامل معها غير خطيرة لان هذا شيء مستحيل ثم أنه عملية تحييد حيث يزول القلق لان المريض حصل على التطمين من المعالج. ويفضل أن يقوم المعالج بممارسة السلوك الذي يخافه المريض قبل أن يطلب من المريض ممارسته بهدف (١) توضيح السلوك المطلوب للمريض و (٢) تشجيع المريض على القيام به. ولكن يجب أن يتوقف المعالج عن النمذجة حالما يبدأ العلاج لأنها قد تصبح نوعا من التطمين . وقد تتم العملية على سبيل المثال على الشكل التالي :

مرضى يخاف من المواد التي تستخدم من قبل الناس في حياتهم اليومية مثل مواد التنظيف التي يسمع أنها تسبب السرطان . يقوم المعالج بوضع كمية من الشامبو مثلا على يده وعلى وجهه ثم يطلب من المريض أن يضع كمية أقل على يده على ألا يغسل يديه لمدة معينة ويطلب منه تقدير درجة عدم الشعور بالراحة والرغبة في غسل اليدين بعد فترة معينة عدة مرات . وخلال هذه الفترة يشجع المريض ويلفت انتباهه إلى انخفاض درجة القلق وكذلك انخفاض درجة الرغبة في غسل اليدين لديه دون قيامه بأي محاولات لتحديد ما يجسول بخطر . و نفس الشيء مع المريض الذي يعاني من ممارسة التاكيد من عمل ما قام به . ولكن يجب التركيز أكثر على ما يقوم به المريض نفسه . على سبيل المثال يقوم المعالج بتشغيل جهاز كهربائي (مكيف مثلا) لمدة معينة ثم يفصله ويترك الغرفة . ثم يطلب من المريض أن يقوم بذلك ، دون أن يرى المعالج ما قام به المريض ، ثم يغادر المكان لفترة معينة .

ويستحسن أن تتم مقابلة المريض في الأسبوعين الأولين مرتين أو ثلاث أسبوعيا . وتمتغرق جلسات التعرض من ساعة إلى ساعة ونصف ، ولكن قد يكون من الضروري في هذه المرحلة تمديد الفترة إلى ثلاث ساعات . بصورة عامة من غير الملائم إنهاء الجلسة ، وقد بلغ قلق المريض ذروته . يجب أن تستمر في الجلسة حتى يخف قلق المريض ، وبعد أسبوعين تكون المقابلة كل أسبوع أو كل أسبوعين .

يطلب من المريض ممارسة السلوك في المنزل بعد أن يتكرب عليه مع
المعالج، وفي كل جلسة واحدة وخلال القيام بالواجبات
المنزلية لا بد وأن يقيم المريض شعوره
بعدم الارتياح ورغبته في التحييد ، ويقوم المعالج
بمناقشة انخفاض درجة عدم الشعور بالراحة خلال الجلسات وكذلك ما بين
الجلسات .

ومع تقدم العلاج يبدأ المريض مرحلة هامة من مراحل العلاج :
 الممارسة الذاتية للتعرض ومنع الاستجابة بهدف التوقف عن التجنب والتحديد .
 قد يكون من الصعب على المريض وكذلك على المعالج التعرف على هذه
 السلوكيات لذا ربما كان من المناسب الاستفادة من بعض الأسئلة، في تحديد
 هذه السلوكيات ، مثل (هل سأقوم بعمل هذا لو لم أكن أعاني من الوسواس ؟)
 - لتحديد سلوكيات التحديد والتجنب ، و (ما السلوكيات التي سوف أمارسها
 بالإضافة إلى ما أفعله الآن لو لم أكن أعاني من هذه المشكلة ؟ - لتحديد
 سلوكيات التجنب .

هناك قلق واضح لدى بعض المرضى وبالذات أولئك الذين يعانون من
 الرغبة في التأكد من عمل الأشياء (يقوم بعمل الشيء نفسه لعدد كبير من
 المرات) حول احتمال تسببهم في إلحاق الأذى بأنفسهم أو الآخرين . ولكي
 يخفف القلق حول هذا الاحتمال ، يطلب المريض تطمين المعالج له أو يقوم
 بتطبيق الواجب المنزلي حرفيا . وهذا نوع من التجنب يستلزم التعرض
 للمسؤولية مباشرة في البرنامج العلاجي بعد مناقشة دور التوجس حول
 المسؤولية. ومن ذلك أن يطلب من المريض ممارسة السلوك دون إعطاءه كل
 التفاصيل من قبل المعالج على سبيل المثال يطلب المعالج من المريض " أريد
 منك أن تضع خطة لواجبك المنزلي هذا الأسبوع ، يجب أن يكون واجبا عاديا،
 ولكنني لا أريد منك إعطائي تفصيلا لما ستقوم به ، أريد منك تقييم درجة عدم
 شعورك بالراحة كما هي العادة . المهم أن تضع الخطة بنفسك وتمارسها حتى
 تشعر بعدم الارتياح دون اللجوء إلى إعادة التأكد أو التجنب أو التحييد . لا
 تبلغ أي شخص بما فعلت قدر الإمكان ، في الجلسة القادمة سوف نناقش
 شعورك تجاه الواجب ولكنك سوف تكون مسؤولا عما تقوم به . والآن دون
 أن تخبرني أي شيء عن الموضوع الذي سوف تتجنب إعادة التأكد من أنك
 عملته ، هل بإمكانك ذكر الخطوط العريضة لواجبك هذا الأسبوع "
 (Salkovskis & Kirk, 1991).

والهدف من مثل هذه الإجراءات هو استبعاد عنصر التطمين من عملية

التعرض ومنع الاستجابة (التجريبية السلوكية) (التي يتحقق الهدف منها) الذي يصعب أحيانا استبعاد أثره دون اتخاذ الإجراءات المناسبة من قبل المعالج كما يتضح في المثال التالي :

كان أحد مرضى الوسواس القهري يعاني من أفكار مزعجة حول موت أقارب عزيزين عليه ثم يقوم بتريد أفكار أخرى والاتصال بأقاربه لإبطال مفعول الأفكار المخيفة وتخف درجة القلق لديه بصورة مؤقتة وتستمر المشكلة. فطلب منه المعالج بهدف، تعريضه للأفكار التي تخيفه وتحمل القلق دون تريد أفكار أخرى (تحديد الأفكار المزعجة)، أن يتوقف عن تحديد الأفكار إذا ما هاجمته خلال الجلسة، فقام المريض بذلك وذكر للمعالج أنه شعر بشيء قليل من القلق وعندما سأله المعالج حول عدم قلقه أجاب لأنني قمت بذلك بناء على طلبك (جزء من العلاج) لذا فإن هذه الأفكار لن تحقق ولن يحدث لأقربائي أي مكروه. فطلب منه المعالج أن يقوم بذلك كواجب منزلي (التوقف عن محاولة تحديد الأفكار المختلفة) عندما تظهر ، وفعل المريض ذلك وأخبر المعالج في الجلسة أنه لم يشعر سوى بقليل من القلق فسأله المعالج كيف تفسر ذلك ؟ فقال المريض : قلت لنفسي أنه طالما إنني سوف أخبرك بها فهي إذن تجربة علاجية ، ولذا فهي لن تحقق .

وكحل لهذه الإشكالية طلب المعالج من المريض عدم تريد الأفكار لتحديد الأفكار المزعجة أو الاتصال بأقاربه للتأكد من أنهم لم يصابوا بأذى بعد ظهور الأفكار المخيفة وعدم إبلاغه بذلك (تكون العملية مسؤوليته هو وحده). وهذا ينفي عنها أثر التطمين (فعلت ذلك بناء على طلب المعالج ، لذا فلن يكون للأفكار أثر سيئ). وقد حقق هذا الإجراء الهدف الذي أراده المعالج من التجربة (Padesky, 1994) .

التطمين: يعتبر طلب التطمين من العلامات البارزة للوسواس القهري . لا تخلو الأفكار الوسواسية من الخوف من تحمل الفرد مسؤولية إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين من خلال ما يقوم به أو ما لا يقوم به . على سبيل المثال

الخوف من أن لمس يد أحد دون أن يقوم المريض بتنظيف يده سوف يؤدي إلى العدوى ، أو الخوف من أن عدم التقاط قطعة زجاج من الطريق سوف تتسبب في جرح شخص ما .

يحاول المريض الحصول على التطمين بطرق مختلفة، كما لاحظ القارئ في الصفحات السابقة، لكي يتأكد من أنه لن يضر نفسه أو غيره، كما أنه يحاول من خلال طلب التطمين توزيع مسؤولية ما قد يحدث من أذى أو التخلص من هذه المسؤولية بالمرة . ولكن التطمين لا يخدم العملية العلاجية ولا بد من تشجيع المريض على التخلص منه . وبالإمكان توجيه العملية العلاجية إلى التعامل مباشرة مع المشكلة :

المعالج: تطرقت أكثر من مرة لمخاوفك من السرطان ، هل ترغب في الحصول على استجابة معينة مني ؟
المريض: نعم ، أعتقد ذلك ، أود أن أتأكد إنني لن أصاب بالسرطان ، لا أدري ما هو الخطأ في ذلك .

المعالج: ناقشنا في الجلستين الأخيرتين كون غسل اليدين بعد الشعور بأنهما ملوثتان يساعد على استمرار المشكلة ، وكذلك ناقشنا كون طلب التطمين يؤدي إلى نفس النتيجة نفسها إذا ما ارتبط بالشكوك والمخاوف هل أنا محق إذا قلت أنك تعتقد أن للتطمين أثر مختلف ؟

المريض: أعتقد أنك تعرف الجواب ، فلماذا لا تخبرني لكي أشعر بالارتياح .

المعالج: أنت محق في ذلك ، من الواضح أنه يجب على عمل ذلك لو أنه سوف يساعده على حل المشكلة . أستطيع أن أفعل ذلك الآن ولكن ما مقدار التطمين الذي تحتاجه لكي تحس بالراحة طيلة الأيام المتبقية من الشهر ؟

المريض: كل ما تبقى .

المعالج: نعم بقي ساعتين من الجلسة ، إذا كان ذلك كافياً لما تبقى من الشهر فلك ما تريد .

المريض: لا أعتقد أن ذلك سيكون حلاً مجدياً ، سوف يساعدني لعدة دقائق فقط .

باستطاعة المعالج الاستمرار في مناقشة كيف يؤدي التطمين إلى تنادى مواجهة القلق حول كون المريض مسئولاً عن ما قد يحدث من أذى، لذا لابد من أن يحاول المريض التخلص منه. إذا وجد المريض صعوبة في التخلص منه فقد يكون من المفيد الاستعانة بأحد أعضاء العائلة: على سبيل المثال يطلب من أحد أفراد العائلة أن يرد على المريض عندما يطلب منه التطمين " تعليمات المستشفى (المعالج) تنص على أنه يجب أن لا أجيب على مثل هذه الأسئلة " وإذا أصبر المريض فقد يقول له قريبه " طلب مني في المستشفى (المعالج) أن أتركك إذا أصريت على ذلك ثم يتركه " .

الصعوبات التي قد تعترض عملية العلاج : في معظم الحالات تتحسن حالة المريض ولكن هناك ثلاثة أنواع من الصعوبات التي قد تحدث خلال فترة العلاج : (١) عدم حدوث عملية التعود (انخفاض القلق) خلال الجلسات (٢) تقدم العلاج بشكل بطيء بين الجلسات على الرغم من تطبيق المريض لما هو مطلوب منه و(٣) عدم قيام المريض بما هو مطلوب منه .

من النادر حدوث النوع الأول ولكن إذا حدث فالأسباب غالباً ما تكون معروفة ؛ أما أن تكون الجلسات قصيرة ، أو أن المريض يعاني من الاكتئاب إلى جانب الوسواس القهري ولكنه لم يكتشف خلال عملية التقويم وفي هذه الحالة قد يكون من الضروري التعامل مع الاكتئاب أولاً . التقدم البطيء بين الجلسات على الرغم من التعرض عدة مرات أكثر شيوعاً من النوع الأول حتى إذا حدث انخفاض في تقييم المريض لشعوره بعدم الراحة خلال عملية التعرض ، والجدول التالي يوضح بعض الأسباب وبعض المقترحات للتغلب عليها :

| السبب | كيفية التعامل معه |
|-----------------------------------|--|
| عدم ممارسة التمرض | فهم وشجع المريض على تفحص أفكاره حول الواجب المنزلي الخاص بالتمرض. |
| عدم ممارسة منع الاستجابة | تأكد من فهم المريض لمبررات استخدام التمرض، حدد الصعوبات من خلال جلسة تمرض معك. |
| مدة التمرض قصيرة | ناقش مخاوف المريض حول عواقب طول مدة التمرض، مارس السلوك أمام المريض ، حدد فترة الواجب المنزلي |
| تحديد داخلي بدلا من ممارسة الطقوس | ناقش مبررات منع الاستجابة فيما يتعلق بالتحديد الداخلي وناقش معه طرق التخلص من الاستجابات الداخلية. |
| طلب التطمين | ناقش مبررات ضرورة التخلي عن طلب التطمين كنوع من السلوك القهري ، حاول إشراك من يطلب منهم التطمين. |
| تجنب المواقف التي تثير الأفكار | صمم الواجب المنزلي بحيث يشمل على المواقف التي يخاف منها المريض. |
| تحويل المسؤولية | أطل فترة للتمرض للمسؤولية (للقوام بالواجب المنزلي تحت مسؤولية المريض - يقوم المريض بتصميمه بشكل يخدم الهدف منه دون اعطاء التفاصيل للمعالج)، حاول إشراك من تحول إليهم المسؤولية في العملية العلاجية |

أما فيما يتعلق بعدم تطبيق المريض للتعليمات: فقد يفتتح المريض بالعلاج عندما يكون هادئا ولكنه يجد صعوبة في ذلك عندما تتأهبه الأفكار القهرية . وفي هذه الحالة يستطيع المعالج استخدام كرت يكتب على أحد وجهيه الأفكار التي يخاف منها المريض ، ويكتب على الوجه الآخر الاستجابات التي تناقض الأفكار التي يخاف منها المريض، ويطلب منه قراءة الكرت في أوقات معينة . ويمكن المريض أيضا الاستفادة من التخويل بحيث

يمارس ما هو مطلوب منه خلال التخيل ثم يطبقه على الواقع (Salkovskis & Kirk, 1991).

ثانياً، العلاج الاستعرافي السلوكي للأفكار الوسواسية

التقويم وتحديد الأهداف: بالإضافة إلى مراعاة ما ورد في الفصل الخاص بالتقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي بصورة عامة يحاول المعالج الحصول على وصف لإحدى نوبات اجترار الأفكار التي حدثت للمريض مؤخراً ويحاول تحديد ما حدث خلال هذه النوبة من حيث تعاقب الأفكار وتعامل المريض معها . وفي هذا الخصوص يتم التركيز بالذات على الكيفية التي فسرت بها الأفكار القهرية من حيث مسؤولية المريض تجاه ما قد يترتب عليها من وجهة نظره وما يعقب ذلك من محاولات لتحديد أو طرد (التخلص من) هذه الأفكار . كما يقوم المعالج بإيضاح دور محاولة التحكم في الأفكار في معدل حدوثها . ويفترض في هذه المرحلة أن يتم (١) التوصل إلى صياغة وفهم للمشكلة بالاتفاق بين المعالج والمريض (٢) تحديد أهداف العلاج التي تشمل على أهداف قصيرة وبعيدة المدى ومن المهم هنا التأكيد على أن الأهداف لا تشمل التخلص نهائياً من الأفكار الوسواسية.

إضفاء صفة الاعتيادية أو الطبيعية على الأفكار الوسواسية: المقصود بذلك إزالة الصبغة المرضية عن الأفكار الوسواسية من خلال مساعدة المريض على إدراك أن هناك تفسيرات بديلة لما يحدث له لا تتضمن كون هذه الأفكار سوف تقوده إلى القيام بما يهدد سلامته أو سلامة غيره (محاولة جعله يفهم ويستسيغ ويبدأ فعلاً في التفكير الجاد في النموذج الاستعرافي للأفكار الوسواسية). وهناك العديد من الخطوات التي من الممكن اتخاذها لتحقيق هذا الهدف:

أ/ مناقشة الوظائف العادية العادية القهرية؛ ألا يوجد على الإطلاق

ظروف تكون فيها هذه الأفكار مفيدة للمريض (مثل : الوسواس الإيجابية أو الأفكار الجيدة) ؟ أليس من الممكن أن تكون الأفكار الوسواسية السلبية مفيدة أيضا (على سبيل المثال إذا حدثت باعتدال، تجعل المريض يعي وجود الأخطار المحتملة) ؟ بل أليس من الممكن أن تكون الأفكار الوسواسية المخيفة مفيدة أحيانا (مثل : ما يمكن أن يفكر فيه الشخص وهو يرى شخصا عزيزا عليه معرض لخطر وشيك) . ثم أليس من الممكن أن حدوث هذه الأفكار مرتبط برغبة الشخص في حدوثها .

ب/ مناقشة العلاقة بين حدوث ومحتوى الأفكار الوسواسية القهرية
ويبين تقويم المريض لها وكيف يكون من الممكن أن يؤدي ذلك إلى ظهور أفكار لتحديد هذه الأفكار الوسواسية. مناقشة الظروف التي يحدث فيها تحييد طبيعي للأفكار : مثل مراجعة برامج (خطة) قضاء الإجازة في مكان ما والاحتياطات التي يجب اتخاذها حيال ذلك، إذا ما راعينا إحساس الفرد بالمسؤولية حيال ما قد يحدث خلال الإجازة : التوجس الذي ينتاب الفرد عندما يلمح شخص آخر إلى ما قد يحدث من مشكلات نتيجة للقيام الفرد بتصرف معين.

ج/ مناقشة للظروف التي ينظر فيها إلى الأفكار الوسواسية الإيجابية
بصورة سلبية عندما تحدث في سياق غير ملائم بهدف إلقاء المزيد من الضوء على أهمية تقويم حدوث ومحتوى الأفكار مقابل الأفكار نفسها. فقد يستمتع الفرد بالتفكير في أخذ إجازة وقضائها في المكان الذي يحبه ولكن هذه النظرة تتغير إذا تذكر الشخص معاناة أحد المقربين له من مرض خطير أو تعرضه لحادثة .

د/ تحديد العلاقة بين حل المشكلات، الإبداع وبين حدوث الأفكار
المقترحة سواء كانت إيجابية ، سلبية أو محايدة . وكذلك محاولة مناقشة ما إذا كان هناك فائدة من الأفكار المقترحة السلبية في الظروف غير العادية (التفكير في الدفاع عن النفس بشكل يتلاءم مع الموقف إذا ما تعرض الفرد لهجوم في مكان خال من الناس) .

هـ/ جعل المريض يتصور ما سوف تكون عليه الحال لو لم يتحكم عقله أي فكرة . كيف يكون عليه حاله لو أنه يجب عليك أن تتخذ قراراً حول الشيء الذي سوف تفكر فيه قبل أن تفكر فيه ؟ ما نوع الأفكار التي سوف ستورد إلى ذهنك ؟ أن يكون ذلك شيئاً مملاً ؟

ويفترض عند هذه المرحلة أن يكون المعالج قد ساعد المريض على النظر إلى الأفكار المقحمة ليس فقط كأفكار عادية ولكن كجزء هام من حياته اليومية . يتم التعرض لبعض جوانب النقاط السابقة خلال العملية العلاجية كلها .

إعادة النظر في المشكلة : تشجيع المريض على المقارنة المباشرة بين وجهتي النظر المختلفتين للمشكلة : النظر إلى الأفكار الوسواسية كشئ طبيعي يحدث لكل الناس وأن المشكلة في تفسير الناس لهذه الأفكار وليس في الأفكار نفسها أم النظر إليها كظاهرة مرضية لا يستطيع المريض عمل أي شئ إيجابي حيالها . إلقاء الضوء على الكيفية التي يستطيع المريض من خلالها أن يعي هذه الأفكار دون الشعور بالضيق . التأكيد على أن محاولة منع حدوث هذه الأفكار أمر غير مرغوب فيه بالمرّة لأنه عنصر أساسي (بعد التفسير غير الدقيق للأفكار) في تطور واستمرار المشكلة . وبعد ذلك يقوم المعالج بتهيئة المريض لاستخدام التعرض ومنع الاستجابة مع هذه الأفكار وتحديد وشرح دور ما لدى المريض من أفكار حول مسؤوليته عن ما قد يلحق به أو يغيره من أضرار من جراء الأفكار الوسواسية التي يعاني منها (لكي يتم تعديلها) و شرح دور محاولة تحييد الأفكار الوسواسية في استمرار المشكلة . وهذا ما سوف تتم مناقشته في صفحات التالية (Salkovskis & Kirk, 1997).

التعرض ومنع الاستجابة : يستند هذا الأسلوب لعلاج هذه الوسواس على الافتراض بأنه من الممكن خفض القلق من خلال التعرض وإعادة التعرض للأفكار التي تخيف المريض حتى يخف القلق دون أن يقوم المريض بمحاولات

باطنة لتجنب أو تحييد الأفكار . قد يجد بعض المرضى صعوبة في التوقف عن التحييد لأنهم يرون أنها هي الطريقة الوحيدة التي تجعلهم يشعرون بالارتياح ، ولكنهم في الغالب يمتنعون عن ممارسته خلال عملية التعرض إذا ما شرح لهم المعالج أن درجة الحاجة إليه تتناقص مع مرور الوقت إلى أن يصل المريض مرحلة يخف فيها القلق بشكل كبير وبالتالي لا يحسن بالحاجة إلى التحييد. ويجب التنبيه إلى أن الأفكار الوسواسية تختلط مع الأفكار التي يقصد منها التحييد وأن التفريق بينهما أمرا ضروريا لنجاح العلاج . يجب أن يفصل المعالج والمريض بين الأفكار التي تأتي للمريض رغما عنه (الأفكار الوسواسية) وبين الأفكار التي يختارها هو (لتحييد الأفكار الوسواسية) في محاولة منه لتخفيف القلق . كما يجب أن يوضح المعالج للمريض أن محاولة المريض التخلص (تجنب) من الأفكار التي تسبب القلق قد تقيد بصورة مؤقتة في الحدد من هذه الأفكار ولكن التجنب والتحييد يساعدان في استمرار المشكلة . وبالإمكان التعرف على ما يقوم به المريض بهدف تجنب وتحييد الأفكار الوسواسية من خلال طرح الأسئلة التي تدور حول نشاطاته الفكرية التي تستخدم بسبب المشكلة .

الخطوة الأساسية إذن في عملية التعرض ومنع الاستجابة التي تهدف إلى تدريب المريض على للتعود على الأفكار الوسواسية، هي محاولة إثارة هذه الأفكار بصورة مقصودة ومتكررة لفترة معينة حتى ينخفض مستوى القلق دون اللجوء إلى محاولة منع أو تحييد هذه الأفكار . ولتحقيق ذلك من الممكن استخدام ما يلائم من الاستراتيجيات التالية :

- ١- جلب الأفكار عمدا (تشكيل الفكرة ، الحفاظ عليها لفترة معينة ثم التوقف ، القيام بذلك عدة مرات).
 - ٢- كتابة الفكرة عدة مرات .
 - ٣- سماع الفكرة من شريط مسجل بصوت المريض .
- استخدام هذه الطرق جميعا أسلوب قوي وفعال للتخلص من المشكلة . في طريقة استخدام الشريط يطلب من المريض:

(أ) تسجيل الفكرة الوسواسية لمرة واحدة أو عدة مرات لمدة ٣٠ ثانية . على سبيل المثال قد يسجل المريض الفكرة التالية " قد ألحق الضرر بابني ، قد أظعنه بسكين المطبخ" ، مع ملاحظة أنه يجب عدم تسجيل أي أفكار يقصد من ورائها تحييد الفكرة الوسواسية على الشريط .

(ب) إعادة ما تم تسجيله بصورة مستمرة كل ٣٠ ثانية (بالإمكان استخدام أجهزة التسجيل التي تقوم بالإعادة المتكررة لهذا الغرض).

(ج) يطلب من المريض الاستماع إلى الشريط بأكثر قدر ممكن من التركيز دون أن يحاول تحييد الفكرة عشر مرات ويطلب منه تقدير درجة شعوره بعدم الارتياح ودرجة رغبته في التحييد على مقياس من صفر إلى ١٠٠.

(د) بعد الاستماع إلى التسجيل يناقش المعالج مع المريض بالتفصيل أي رغبة في تجنب أو تحييد الأفكار شعر بها المريض خلال سماعه للشريط وكذلك الطرق التي من الممكن استخدامها للتغلب على ذلك (إضافة فكرة جديدة، استخدام سماعة أذن ، إغلاق العينين أو تخيل شيء معين إلى جانب الفكرة) ثم الاستماع إلى الشريط عشر مرات أخرى بالاستعانة بهذه الطرق حتى يتمكن المريض من الاستماع إليه دون اللجوء إلى تحييد الأفكار التي يسمعا.

(هـ) الاستماع إلى الشريط بصورة مستمرة لمدة ١٥ دقيقة مع تقدير درجة الشعور بعدم الارتياح ودرجة الرغبة في التحييد بعد كل ٣ أو ٤ دقائق على سبيل المثال مناقشة الرغبة في تجنب والتحييد مرة أخرى.

(و) يطلب من المريض أن يتدرب على التعرض في منزله من خلال الاستماع إلى الشريط مرتين أو أكثر في اليوم لمدة ساعة على الأقل ؛ يفضل أن يستمع إليه حتى تتخفف درجة القلق إلى ٥٠% من أعلى مستوى وصلت إليه خلال جلسة التدريب ، مع التأكيد على أهمية عدم قيامه بمحاولات لتحديد الأفكار . وكذلك يطلب من المريض محاولة تجنب التحييد طيلة اليوم وتسجيل أوقات حدوث الأفكار وعدم الشعور بالراحة والرغبة في التحييد .

(ز) وفي الجلسات اللاحقة تناقش الصعوبات التي واجهها المريض خلال قيامه بالواجبات المنزلية وخلال قيامه بمنع الاستجابة الذاتي. يقوم المعالج والمريض بتحديد النشاطات التي يمارسها المريض لتجنب الأفكار الوسواسية أو التخلص منها ويحث المعالج المريض على الكف عنها. وبعد أن يتمكن المريض من الاستماع إلى الشريط دون تحييد و بدون قلق زائد تستبدل الفكرة بأخرى وتكرر نفس الإجراءات . في الغالب عندما يعود المريض على فكرة أو فكرتين يعمم ذلك على بقية الأفكار الوسواسية.

(ح) يطلب من المريض أن يجلب الأفكار عمدا (فكرة واحدة، عدد من الأفكار في مواقف متعددة) وكذلك تعريض نفسه للمواقف التي تثير الأفكار الوسواسية لديه دون أن يمارس التحييد (Salkovskis & Kirk, 1991).

إعادة البناء الاستعرافي للمريض (قد تستخدم فنيات إعادة البناء الاستعرافي قبل التعرض ومنع الاستجابة إذا لم يكن المريض مستعدا بعد للتعرض): المقصود هنا هو تحديد وتعديل الأفكار الموجودة لدى المريض حول تفسير المريض للأفكار الوسواسية وحول مسؤوليته عن ما قد يحدث له وللآخرين نتيجة لسلوكياته والعلاقة بين ذلك وبين رغبته في التحييد . يقدم المعالج تفسيراً استعرافياً لأهمية منع الاستجابة من خلال مساعدة المريض على فحص مدى ملائمة تقويمه للأفكار الوسواسية ومحاولة تعديلها بالاستعانة بالأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه وسجل الأفكار . يسعى المعالج في هذه المرحلة إلى جعل المريض يتعمق في النموذج الاستعرافي لاستمرار مشكلة الوسواس لكي يستطيع المريض من خلاله التأكد مما إذا كانت المشكلة (١) أنه فعلاً سوف يتسبب في إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين أو يفشل في منع حدوث الأذى له أو لغيره وأنه يجب عليه أن يفعل كل ما يستطيع للحيلولة دون تلك أو (٢) أنه منزعج حول إلحاق الأذى به وبالآخرين وأن مصدر المشكلة هو هذا القلق والاهتمام الزائد وليس وجود خطر حقيقي في الواقع . وبإمكان المعالج استخدام التجارب السلوكية وبعض الفنيات الاستعرافية الإضافية لدعم النموذج

الاستعرافي السلوكي للوسواس القهرية: على سبيل المثال يعتقد بعض مرضى الوسواس أن الشخص إذا تخيل أنه يقوم بملوك ما (إيذاء طفل على سبيل المثال) فإن ذلك يزيد من احتمال قيامه فعلا بهذا الملوك؛ من الممكن في هذه الحالة أن يتفحص المريض هذه الفكرة مباشرة ليرى بنفسه ما إذا كان التفكير في شيء ما يحيله إلى حقيقة على النحو التالي: المعالج : دعنا نرى ما إذا كنت أستطيع أن أجعل نفسي أعاني من ألم شديد بمجرد التفكير في ذلك؛ أأرغب أن أصاب بالأم حادة الآن وبدون أي تأخير (توقف فترة وجيزة) أو أتمنى أن أصبح مليونيرا الآن بدون تأخير . هل تستطيع القيام بذلك أيضا ما الذي حدث !!! ومن الممكن تشجيع المريض فيما بعد على محاولة جلب عواقب مخيفة بمجرد تبنيه لفكرة معينة لكي يدرك محدودية قدرته ومسؤوليته (هل من الممكن أن تحدث أذى لنفسك أو لشخص ما بمجرد التفكير في ذلك) ؟

أحيانا تصل المناقشات إلى نقطة تظهر عندها الحاجة إلى الحصول على المزيد من المعلومات الغير متوفرة لدى المريض . فيمتعان بالتجارب السلوكية كإجراء لجمع المعلومات لمساعدة المريض على التوصل إلى نتيجة معينة حول اعتقاداته . على سبيل المثال ، من الممكن القيام بتجربة سلوكية تسمح للمريض بأن يفحص بنفسه الفرضية الاستعرافية التي تقول أن محاولة التحكم في الأفكار تزيد من حدوثها : يطلب منه خلال الجلسة أن يحاول أن لا يفكر في شيء ما .. دب ، زرافة الخ . وسوف يكتشف أنه كلما حاول ذلك وجد أنه أن الشيء الذي يحاول عدم التفكير فيه لا يفارق ذهنه ، ثم يطلب منه محاول التفكير بأكبر قدر ممكن في الشيء نفسه وسوف يلاحظ أن ذلك الشيء يغيب عن ذهنه (أنظر الأثر العكسي لطرد الأفكار في الباب الأول). وبعد ذلك يطلب منه القيام بالشيء نفسه مع أفكاره الوسواسية . وقد يكون من المفيد مع بعض المرضى التعرف على الأثر الطويل المدى لمحاولة كبح الأفكار من خلال إعداد سجل بما يحدث خلال محاولة الكبح لفترة أطول (ساعات أو حتى أيام) بين الجلسات . يطلب من المريض في فترات معينة أن

يحاول كبح أفكاره بأكبر قدر ممكن، وفي فترات أخرى يحاول تسجيل عدد حدوث محاولات الكبح ومقدار الجهد المبذول لتحقيق ذلك فقط، وفي الجلسة اللاحقة تتم مقارنة ما حدث خلال كل فترة ثم يطلب من المريض إبداء رأيه في النتيجة. هذا الإجراء طريقة مفيدة جدا لتعريف المريض بالآثار السلبية لمحاولة كبح الأفكار.

بعض المرضى يعتقد أنه يتخلص من الأفكار ليس من خلال محاولة كبحها (طردها) ولكن من خلال (صرف انتباهه) لإبعاد الفكرة. ولتخصص هذه الطريقة ومعرفة جدواها من قبل المريض يطلب منه أن يعد سجل بتكرار أفكاره الوسواسية في أيام يحاول فيها صرف انتباهه بما أوتي من قوة ويسجل تكرار هذه الأفكار في أيام يترك فيها هذه الأفكار دون أي محاولة لصرف انتباهه عنها. وسوف يكتشف المريض أن الأفكار تزداد تكرارا وإزعاجا في الأيام التي يحاول فيها مقاومتها (من خلال محاولة صرف انتباهه عنها).

وكإجراء أساسي في العلاج الاستعرافي السلوكي يطلب المعالج من المريض القيام (بين الجلسات) بتحديد ومراقبة (مراقبة ذاتية) الأفكار الوسواسية وتقويمها باستخدام السجل اليومي للأفكار إلى جانب بعض الفنيات المخصصة لمساعدة المريض على تغيير اعتقاداته حول مسئوليته المبالغ فيها عن ما قد يحدث له أو لغيره. يتبع ذلك بالمناقشة المكثفة لمساعدة المريض على التعرف على نقاط الضعف في تقويمه للأفكار الوسواسية وفي الافتراضات التي توصل من خلالها إلى هذا التقويم.

يستطيع المعالج مثلا مساعدة المريض على تغيير اعتقاداته السلبية حول مسئوليته عن ما حدث لشخص آخر باستخدام فنية تحديد المسؤولية (أنظر ما كتب حول هذه الفنية في الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني): فقد يشعر أحد المرضى بأنه قد تسبب في فصل أو إسارة مشكلات لشخص آخر في العمل ونتيجة لهذا الشعور يحاول دائما الحصول على الطمأنة من الآخرين (إشعاره بأنه لم يكن السبب فيما حدث لزميله)؛ يطلب من المريض حصر كل العوامل التي من الممكن أن تكون ساهمت فيما حدث لذلك

الشخص من مشكلات ابتداء بالشيء الذي قام به المريض ويعتقد أنه كان السبب، علاقة ذلك الشخص مع مديره في العمل ، والصعوبات المالية في الإدارة..... الخ. ثم يقوم المعالج برسم دائرة و يطلب من المريض أن يخصص جزء من الدائرة (نسبة مئوية) لأخر سبب في القائمة حتى يصل الى ما فعله هو ويعتقد أنه كان السبب . تتميز هذه التقنية بأنها لا تقتل على طمأنة المعالج (أو غيره) للمريض بأنه لم يكن السبب فيما حدث . (كل العوامل حددت من قبل المريض) وبأنها مفيدة في حالة التعامل مع التفكير بطريقة أسود أو أبيض ، صبح أو خطأ (ثنائية التفكير) لدى المريض . (يستخدم مقياس من ٠ - ١٠٠ للتعرف على درجة تصديق المريض لكونه مسئولاً عما حدث للشخص الآخر قبل وبعد هذه التقنية).

تستخدم الفنيات السابقة مع مراعاة الفروق الفردية بين المرضى . يفهم بعض المرضى النموذج الاستعرافي لمشكلاتهم في وقت قصير ولدى المرضى أفكار مختلفة لذا تعتمد درجة التركيز على فنية معينة مع مريض معين وعلى أخرى مع مريض آخر على التصور الاستعرافي (صياغة) لمشكلة المريض . ومع ذلك يظل الإطار العام للعلاج والهدف منه واحد . يعمل المعالج وفقاً للنموذج الاستعرافي للوساوس القهرية بهدف مساعدة المريض على تخصص وجهة نظره غير الدقيقة للأفكار الوسواسية مقابل التفسير الاستعرافي البديل للمشكلة . يوفر المعالج للمريض تفسيرات لا تتسجم مع الصبغة التهديدية التي الصقها بالأفكار التي تقتحم ذهنه . وللوصول إلى هذا الهدف يتم نعت نظير المريض بصورة مستمرة إلى أن هناك تفسيرين محتلمين للمشكلة التي يعاني منها (١) أن هناك خطر حقيقي في هذه الأفكار أو (٢) أن المشكلة تكمن في تقويمه لهذه الأفكار . كما يتم تذكره بأن لكل من هذين التفسيرين نتائج مختلفة. لقد لاحظ القارئ أنه لم يتم الحديث عن خفض عدد الأفكار الوسواسية والسبب في ذلك هو أن العلاج الاستعرافي السلوكي لا يهدف مباشرة إلى خفض عدد الأفكار التي تقتحم ذهن المريض بقدر ما يسعى إلى جعل المريض يدرك أن محاولة الحد من هذه الأفكار يؤدي إلى زيادتها . ومع ذلك فإن من

بين النتائج المرغوبة للعلاج الاستعرافي أن الأفكار الوسواسية تقل مع تقدم العلاج: تنتفي الحاجة للتحكم في الأفكار فيقل معدل ورودها للذهن (Salkovskis & Kirk, 1997).

منع الانتكاس: بعد تحسن حالة المريض (لم تعد الأفكار الوسواسية تثير الشعور بالضيق لديه) يفضل أن تخصص جلسة مع المريض لمناقشة ما يمكن عمله لمنع انتكاس حالة المريض. في هذه الجلسة يطلب من المريض جمع والحفاظ على ما تم تعلمه في العلاج (معلومات مكتوبة أو مسجلة) وبالأذات الفنية التي ساعدته في التغلب على مشكلته. مناقشة المواقف التي من المحتمل أن يجد المريض صعوبة في التعامل معها و كيفية التغلب عليها (لكل مريض مواقف خاصة به). وفوق كل ذلك تذكر المريض بأنه من المحتمل أن يشعر أن ببعض الأعراض التي كان يشكو منها في فترات معينة وبدرجات مختلفة وأن ذلك لا يعني عودة المشكلة من جديد: فسرعان ما تزول هذه الأعراض إذا لم يتم تضخيم خطرهما واستخدم المريض معها ما تعلمه خلال العلاج عند الضرورة. كما يمكن أن يتم تحديد موعد لجلسة متابعة للتعرف على الكيفية التي سارت عليها أمور المريض بعد انتهاء العلاج.

تم في الصفحات السابقة عرض العديد من الفنيات التي تستخدم لعلاج الوسواس القهري ومن الممكن تلخيص خطوات العلاج الاستعرافي السلوكي في النقاط التالية (١) جلستان لشرح النموذج الاستعرافي للوسواس القهري: طبيعة الأفكار، تفسير المريض لها، تحييد وتجنب الأفكار (يستخدم المرضى العديد من الاستراتيجيات لتحديد الأفكار الوسواسية؛ صورة مضادة: تصور الطفل حيا لتحديد الفكرة حول تعرضه للأذى، العد بتسلسل معين، صرف الانتباه، استبدال الفكرة السلبية بفكرة إيجابية)، والأثر العكسي لمحاولة التخلص من الأفكار الوسواسية (٢) إعداد المريض للتعرض ومنع الاستجابة: شرح جدوى استخدام هذه الفنية، الصعوبات المتوقعة وكيفية مجابهتها، إعداد الشريط وتطبيق هذه الفنية بحضور المعالج (جلستان على الأقل). بعد عملية التطبيق مع المعالج يطلب من المريض ممارسة التعرض ومنع الاستجابة بين

الجلسات كواجبات منزلية (٣) الاتفاق مع المريض على القيام بالمزيد من عمليات التعرض ومنع الاستجابة : مناقشة الصعوبات التي تعرض لها المريض ، التعامل مع فكرة أخرى ، التعرض لمواقف تثير الأفكار الوسواسية (٤) إعادة البناء الاستعرافي: يختلف محتوى الأفكار الوسواسية لدى مرضى الوسواس القهري اختلافا كبيرا. فهناك أفكار وسواسية حول أداء العبادات ، التعرض للعدوى ، الاعتداء على الآخرين والجنس وغير ذلك الأمر يحتم على المعالج التعامل مع كل مريض كحالة خاصة. ولكن هناك بصورة عامة أربعة أنواع من التفسيرات (أساليب التفكير) غير الفعالة التي يجب التعامل معها خلال العملية العلاجية والتركيز على الأنواع البارزة منها لدى كل حالة؛ (أ) المبالغة في أهمية الأفكار الوسواسية (ب) المبالغة في مسؤولية المريض عن ما قد يلحق به أو بغيره من أذى (ج) التوقعات التي تتصف بالكمالية و(د) المبالغة في تقدير احتمال حدوث وقسوة العواقب المرتبطة بالحوادث التي يخشاها المريض. وكما أشير إلى ذلك من قبل قد تستخدم إعادة الأبناء الاستعرافي قبل عملية التعرض ومنع الاستجابة لتسهيل عملية البدء فيه أو تستخدم إلى جانبه و(٥) منع الانتكاس (Freeston et al, 1997).

الفصل السادس عشر: النموذج والخطأ العلاجية الاستعرافية السلوكية لتوهم المرض

النموذج الاستعرافي لتوهم المرض Hypochondriasis

يفترض في النموذج الاستعرافي لاضطراب توهم المرض أن هذا الاضطراب (قلق شديد على الصحة) يتطور نتيجة لميل المريض إلى تفسير بعض الأعراض الجسمية العادية بشكل مأسوي. فالوخزة الخفيفة في أحد أعضاء الجسم تعتبر من وجهة نظره دليلاً على وجود مرض عضال في ذلك العضو، وتأكيدات المختصون بسلامة هذا العضو ليست سوى محاولة منهم لمراعاة مشاعره وعدم تخويفه من خلال حجب الحقيقة عنه. وينشأ هذا السلوك لدى المريض بعد تعرض المريض لخبرات، مرتبطة بالأمراض والصحة والأطباء والمستشفيات والشفاء، تتعلق به مباشرة أو بغيره من الناس. ومن ذلك مثلاً استفعال مرض معين في شخص يعرفه أولاً يعرفه بصورة لم يستطع الكثير من الناس تفسيرها، أو وجود أمراض معينة لدى أقرباء المريض. ويعتبر ظهور حالات كثيرة من الخوف المرضي من الإيدز (Aids phobia) دليل واضح على أثر المعلومات التي يستقبلها الناس حول الأمراض على تطور القلق حول الصحة لديهم.

ومن الافتراضات الشائعة لدى من يعانون من توهم المرض والتي تكونت نتيجة للخبرات السابقة للمريض: (التغيرات الجسمية تدل على وجود مرض خطير لأن لكل عرض سبب فسيولوجي معروف)، (إذا لم يتم زيارة الطبيب حالما تشعر بشيء غير مألوف استفعال المرض وأصبح علاجه صعباً)، (إذا لم أكن قلقاً على صحتي أصابتنى الأمراض)، (أمراض القلب شائعة في عائلتي) أو (أعاني من ضعف في جهاز التنفس منذ أن كنت صغيراً)

ويقود بعض هذه الاقتراضات المريض إلى التركيز على المعلومات التي تؤكد اعتلال صحته وتجاهل الأدلة المناهية لذلك ، الأمر الذي يجعله يصدق بوجود ما يخشاه وبالتالي يزداد تركيزه على عضو معين ويصبح أكثر قدرة على ملاحظة أي تغير فيه مهما كان طفيفاً واعتباره دليلاً قاطعاً على وجود مرض. وقد يحدث التركيز على عضو معين تغييرات في ذلك العضو بشكل أو بآخر (Salkovskis, 1996).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن التحليل الاستعرافي لاضطراب الفزع واضطراب توهم المرض متشابهان (radchman, 1997) . فقد لاحظ القارئ عند الحديث عن نوبات الفزع أن إساءة تفسير الاحساسات الجسمية تلعب دوراً أساسياً في ظهور نوبة الفزع ولاحظ أيضاً هنا أن إساءة تفسيرات التغيرات التي تحدث في الجسم تلعب الدور نفسه في توهم المرض وهي بذلك عامل مشترك بين هذين الاضطرابين . أما ما يفرق اضطرابات الفزع عن اضطراب توهم المرض فيتمثل في ما إذا كان المريض يخاف من أن يقع له مكروه الآن (نوبة الفزع) أو أن يقع له ذلك فيما بعد (توهم المرض) . ويلعب نوع الاحساسات التي يخبرها المريض دوراً مهماً في ذلك : إذا لم يكن ما يحس به المريض من الأعراض التي تزداد نتيجة للقلق ، أو أن المريض لا يتوقع حدوث المأساة في الحال فسوف يكون رد فعله على شكل توهم مرضى حول وجود أمراض لديه (الآلام التي أعانيها في معدتي تعني أن لدى سرطان لم يكتشف بعد) وعلى الجانب الآخر إذا كانت الأعراض التي أسيء تفسيرها من النوع الذي يحدث كجزء من الأعراض التي يثيرها القلق وأن المريض يتوقع حدوث المأساة الآن (هذا الخفقان يعني أنني سوف أصاب بنوبة قلبية الآن) فسوف تزداد حدة الأعراض ويكون رد الفعل على شكل نوبة فزع (Salkovskis, 1996) .

وعندما ينشأ توهم المرض يجد المريض صعوبة في التخلص منه نظراً لوجود العديد من العوامل المتداخلة التي تساعد على استمراره . فالقلق حول الصحة يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل (Autonomic

(Nervous System) الذي يتحكم في القلب والغدد والتنفس وبعد ذلك قد يسيء المريض تفسير هذا النشاط غير الإرادي ويعتبره دليل آخر على وجود مرض جسدي . التركيز على الجسم المدفوع بالتوجس على الصحة يجعل الفرد يعي حتى التغييرات الجسمية البسيطة في الوقت الذي تؤدي فيه الأفكار الخاصة بمرض معين إلى ملاحظة التغييرات التي تتسجم مع هذه الأفكار. كما أن السلوكيات التي تهدف إلى تقاوى أو استبعاد الوقوع في المرض (تجنب الإجهاد الجسدي أو الاحتكاك بما يعتقد أنه قد يسبب المرض ، قراءة الكتب الطبية ، كثرة الاستشارات الطبية مثلاً) تساعد على استمرار القلق من خلال انشغال المريض بالأمراض وكيفية تقاويها بالإضافة إلى أن هذه السلوكيات تحول بين المريض وبين اكتشاف عدم دقة توقعاته المأسوية التي يتصور أنها ستحدث له لو تخطى عن ممارسة سلوكياته التي يحاول من خلالها حماية نفسه من التعرض للأمراض (Salkovsis & Bass, 1997).

العلاج المعجرافي السلوكي لنوعه المرض

من المهم في بداية العلاج التعرف على وجهة نظر المريض حول احتمال كون سبب ما يشعر به من أعراض هو سبب نفسي (قد يأتي هذا الاقتراح من الأطباء الذين سبق وأن زارهم المريض) : ماذا كان رد فعلك عندما أخبرك الطبيب بأن هناك احتمال في أن المشكلة نفسية أكثر مما هي عضوية ؟ قد تكون استجابة المريض (هو يعتقد أنني أتخيل هذه الأعراض) . إذا كان المريض يعتقد بأن التقويم والعلاج النفسي لن يفيد لأنه يتصور أن المشكلة فسيولوجية فمن الملائم أن يقترح المعالج : أن التقويم النفسي لا ينفي بالضرورة وجود أسباب عضوية ولكنه لا يستبعد وجود عوامل نفسية تساهم في تطور أو استمرار المشكلة بشكل أو بآخر: الضغوط النفسية التي تنشأ عن المرض إذا وجد أو العوامل النفسية التي تساعد على التكيف معه . الهدف هنا هو جعل المريض يفتح بجدوى العلاج ويتعاون بالتالي مع المعالج .

بداية العلاج : بعد عملية التقويم ووضع تصور (صياغة) للمشكلة (أنظر التقويم في العلاج الاستعرافي السلوكي - الباب الثاني في هذا الكتاب) ، يبدأ المعالج بالتدخلات اللازمة . ولعل من المهم هنا التأكيد على ضرورة تطابق أهداف المريض مع أهداف المعالج من العلاج ، حيث أنه في بعض الأحيان يكون هدف المريض هو الحصول على التنظيم أو الحصول على تأييد المعالج لوجهة نظره (أن لديه مرض عضوي فعلاً) .

ونظراً لأنه من غير المحتمل أن يسلم المريض بسهولة أن مشكلته تكمن في قلقه الزائد على صحته فلا بد من أن يناقش المعالج هذه المسألة مع المريض بعناية بحيث لا يرفض وجهة نظر المريض ولا يعطيها أكبر من حجمها . وبعد ذلك تناقش عيوب ومزايا الاعتقاد الذي يتمسك به المريض (لدي مرض عضوي) والفكرة البديلة (تفسير آخر للأعراض) : كم من الزيارات قمت بها للعيادات ، المستشفيات والأطباء ؟ هل كان ذلك فعالاً ؟

ثم يقترح المعالج على المريض أن يعمل معاً في ضوء الفكرة البديلة لفترة زمنية محددة ٣-٤ أشهر فإذا قام المريض بما اتفق عليه ولم يحدث تحسن يذكر فمن الممكن عندئذ أن يعود المريض إلى تفسيره السابق للمشكلة وينظر المعالج للمشكلة من منظور عضوي.

إعادة البناء الاستعرافي : يستخدم هنا سجل الأفكار والتجارب السلوكية (الباب الثاني) للتعامل مع ردود الفعل الاكتئابية أو مع القلق تجاه المشكلة بالإضافة إلى محاولة التعرف على السوابق واللاواق المرتبطة بالأعراض (كما هو موضح في التقويم الاستعرافي السلوكي) حيث من الممكن أن يكتشف المعالج والمريض أن هناك علاقة بين القلق على الصحة وبين انفعالات أخرى، قلق أو غضب الخ .

ومن المفيد أن يحاول المعالج التعرف على ما إذا كان هناك أفكار مرتبطة بحوادث مرت على المريض (وفاة قريب كان يبدو في صحة جيدة) أو خبرة أدت إلى اعتقاده بأن التقارير الطبية غير دقيقة . وكذلك الاعتقادات

حول طبيعة التكوين الفسيولوجي للإنسان (الاعتقاد بأن أعضاء الجسم: اليدين ، الساقين ، العينين ، القدمين لابد وأن تكون متشابهة تماما ووجود أي أن اختلاف بين هذه الأعضاء يعتبر مؤشرا على وجود مرض معين). من الممكن هنا أن يطلب من المريض القيام بتجربة يحاول فيها ملاحظة صور أو أيدي أو أرجل المقربين منه للتأكد من الاختلاف واردة وجود أمراض أو أن يقوم بجمع معلومات علمية حول التشابه والاختلاف بين أعضاء الجسم البشري ، ليكتشف بنفسه أن الأعضاء قد لا تكون متطابقة ١٠٠% .

وهناك بطبيعة الحال العديد من التجارب السلوكية التي من الممكن استخدامها لتفحص اعتقادات المريض (أحيانا يتطلب تصميم هذه التجارب، كما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، شيء من الإبداع من قبل المعالج) .

ومن التجارب التي استخدمت مع أحد مرضى توهم المرض الذي كان يعتقد أن صعوبة البلع تعتبر مؤشرا على وجود سرطان في البلعوم ، أن طلب منه المعالج أن يقوم معه بعملية البلع بصورة متكررة وقد دهش المريض عندما لاحظ أن تكرار عملية البلع يجعلها عملية صعبة وأن المعالج أيضا عاني من نفس الصعوبة بعدما كرر عملية البلع . وتكمن أهمية هذه التجربة في أن المريض تعود على التأكد من سلامة بلعومه من خلال البلع المتكرر .

ومن الممكن الاستفادة من الحساسية الزائدة لدى مرضى توهم المرض في إضعاف اعتقاداتهم القديمة حول الأمراض والأعراض وتقوية الأفكار البديلة . فقد يقول المريض مخاطبا المعالج : قلت أن لدي مرض خطير لم يتم اكتشافه ، وبدلا من أن ينكر المعالج ذلك مباشرة من الممكن أن يقول (أنا متأكد أنني لم أعني أي شيء من هذا القليل ولكن من الواضح أنك فهمت كلامي على النحو الذي ذكرته ، وأريد منك أن تستمع للشريط قبل الجلسة القادمة وتحاول العثور على الكلام الذي قلت فيه أنا ذلك ، أكتب ملاحظاتك واحضر الشريط معك لنرى ما حدث وما يمكن تعلمه منه . سوف يخبرك بأن لم يفهم جيدا ما قيل وبعد مناقشة ذلك يسأل المعالج المريض : (ما الذي يمكن تعلمه من ذلك ؟

وبعد ذلك يناقش مسألة ما إذا كان هذا النوع من التفسير غير الدقيق يحدث كثيراً من قبل المريض وما علاقة ذلك بما كان يقال له خلال زيارته المتعددة للأطباء .

تغيير السلوك: يقوم المعالج بتصميم تجارب لتفحص اعتقادات المريض بأن السلوكيات تحمي من الأذى وكذلك لمعرفة ما إذا كان السلوك يخفف فعلاً من الأعراض . مثال : مريض يعتقد أنه مصاب بمرض خطير لوجود ألم وانتفاخ بسيط في رقبته ونتيجة لهذا الخوف كان يتجسس ويضغط على هذه المنطقة بكثرة الأمر الذي يزيد من درجة الألم. فطلب منه المعالج أن يقوم كلياً منهما بالضغط (كل واحد على جسمه) حول المنطقة التي يوجد فيها الانتفاخ لدى المريض على فترات (ثلاث مرات كل مرة ٥ دقائق) وبعد هذه التجربة اكتشف المريض أن هذا السلوك يسبب الأعراض التي يعتقد أنها مؤشراً على وجود مرض لديه .

وفي مثال آخر : كان مريض يعتقد أنه يمنع حدوث سكتة دماغية لديه بقوة الإرادة من خلال جعل الدم يتدفق بسهولة ويمنع السكتة . وكان بطبيعة الحال يتردد في التخلي عن السلوك (استخدام قوة الإرادة). فطلب منه المعالج أن يحاول جعل نفسه يصاب بسكتة في الدماغ باستخدام قوة الإرادة. وقد دهش من هذا الاقتراح وأشار إلى أن هذا شيء مستحيل وبعد مناقشة الموضوع مع المعالج استطاع تعميم هذا الاستنتاج على قدرته على منع السكتة الدماغية بقوة الإرادة وقد استطاع بعد ذلك التوقف عن هذا السلوك خارج الجلسات وانخفضت أيضاً درجة قلقه حول إصابته بهذا المرض .

ومن الممكن استخدام فنيات أخرى كأن يسأل المعالج المريض : هل بإمكانك تحديد ما الذي سيقنعك تماماً بأنك لا تعاني من هذا المرض (الذي يخافه) ثم يقوم المعالج بدور المهتم الذي لديه شك في الموضوع : نعم ولكن هل سيكون ذلك مقنعاً فعلاً ؟ كيف تستطيع التأكد من دقة الفحوص أو من قدرة من يقوم بها على تفسيرها ؟ وهكذا . وذلك بهدف إيضاح أن التأكد من خلو

الشخص من الأمراض تماماً غير ممكن مثلما هو الحال مع معظم ما يمكن أن يتعرض له الإنسان من خطر؛ من المستحيل أن يتأكد أي شخص بأنه لن يتعرض لشيء ما ١٠٠% .

التطمين : يؤدي التطمين إلى انخفاض مؤقت في مستوى القلق وإلى الإلحاح في طلب المزيد من التطمين فيما بعد وبالتالي استمرار المشكلة لذا فإن علاج نوحه المرض يركز بشكل أساسي على تشجيع المريض على التوقف عن البحث عن التطمين بأشكاله المختلفة (من الأصدقاء، من الأهل، من الطبيب ومن المعالج) .

ومن الممكن لتحقيق هذا الهدف إبرام اتفاق مع المريض على عدم القيام بزيارة الطبيب للتأكد من خلوّه من الأمراض لمدة شهرين أو ثلاثة إلا في حالة وجود مرض يجب متابعته أو الحصول على نواء أو حالة تستدعي زيارة الطبيب غير الشكوى المعادة التي سبق وأن بلغ المريض من قبل الأطباء بأنها لا تشكل مشكلة صحية بالنسبة له ، كتجربة سلوكية لمعرفة ما الذي يحدث للقلق إذا ما توقف المريض عن زيارات الأطباء . وهذا أمر صعب جداً بالنسبة للمريض ولكنه هام في العملية العلاجية .

بعد البدء في هذه التجربة قد يلجأ المريض إلى طلب التطمين من المحيطين به (العائلة مثلاً) وهنا من المستحسن إبلاغهم بعدم تقديم التطمين للمريض والاكتفاء عند الحاجة بالقول بأنهم توقفوا عن ذلك بالاتفاق مع المعالج. وقد يقوم المريض بطلب التطمين من المعالج .

المريض : لم أتصل بالطبيب هذا الأسبوع .

المعالج : ممتاز .. وما هي أخبارك .

المريض : كل شيء على ما يرام ، لدي هذا الانتفاخ في زراعي، وأعرف أنك سوف تطلب مني زيارة الطبيب إذا كنت تعتقد أن الأمر يستدعي ذلك .

المعالج : أنا لست طبيباً (أو لست متخصصاً في هذا النوع من الشكاوي- إذا كان المعالج طبيب نفسي) لذا لا أستطيع الحكم عليه . ما رأيك

أنت ؟.

المريض : (قد يغضب) لماذا لا تقول لي هل هو شيئاً خطيراً أم لا ، سوف أشعر بالارتياح إذا أخبرتي بأن ليس في الأمر خطورة ، لماذا تتركني أعاني من القلق .

المعالج : لو كنت أعتقد أن تطمينك سوف يحل المشكلة لقلت به . ولكن كما تبين من خلال متابعتك لسير المشكلة أن التطمين يريحك بصورة مؤقتة ، ثم تعود المشكلة بعد ساعات بشكل أشد من السابق ، ولكن ما الذي سيحدث لو لم تحصل على التطمين ؟

المريض : لا أعرف لأنني في العادة أحصل عليه .

المعالج : أعرف ذلك وهذا هو الهدف من التجربة : معرفة ما سوف يحدث . قد تشعر بالقلق ولكن حاول تحمله وراقب ما يحدث لكي نعرف ما يحدث للقلق بعد ذلك خلال الأسبوع القادم .

ما يحدث في الواقع هو أن القلق يخف خلال ساعات أو أيام ، ثم يختفي كلية تقريباً ، عندما يتوقف المريض عن طلب التطمين وهذا ما سوف يكتشفه المريض .

وخلال هذه الفترة التجريبية يستمر المعالج بالتعامل مع الأفكار السلبية والسلوكيات غير الفعالة باستخدام الفنيات التي ذكرت في الصفحات السابقة للحصول على أكثر قدر ممكن من الفائدة .

قد يظل عدد قليل من المرضى يعاني من القلق حول صحته أو أن المشكلة تعود إليه بعد التحسن وفي هذه الحالة من الأفضل أن يحاول المعالج التعرف على ما إذا كان لدى المريض بعض الافتراضات التي تكونت لديه في مراحل مبكرة من حياته مثل (إذا كان كل شيء على ما يرام فهذا يعني أن شيئاً سيحدث) أو (القلق حول المرض يبعده) وفي هذه الحالة يقوم المعالج مع المريض بتفحص هذه الافتراضات والتعامل معها باستخدام سجل الأفكار والتجارب السلوكية، وحل المشكلات (Salkovskis & Bass, 1997; Padesky, 1994) .

الفصل السابع عشر: النموذج والدخلة العلاجية الاستعرافية السلوكية لاضطرابات الأكل

النموذج الاستعرافي لاضطرابات الأكل

فقدان الشهية العصبي والشره العصبي (Anorexia Nervosa and
Bulimia Nervosa)

قدم فيريرون ١٩٨١ Fairburn نموذجا استعرافيا وطريقة علاجية منتظمة للشره العصبي بناء على رؤية بك للاضطرابات النفسية وعلاجها وقام قارنر وبمز ١٩٨٢ Garner & Bemis بالشيء نفسه بالنسبة لفقد الشهية العصبي وكان لهذين النموذجين منذ أن تم نشرهما أثرا ملحوظا على التعامل مع فقدان الشهية والشره العصبي (In: Vitousek, 1997).

ومن الممكن تقسيم الخصائص المرضية الرئيسية لفقد الشهية العصبي والشره العصبي إلى: أولاً؛ خصائص محددة تشتمل على: (١) اهتمام زائد حول الوزن وبشكل الجسم وربط ذلك بتقويم المريض لذاته (٢) سلوكيات تهدف إلى التحكم بالوزن وبشكل الجسم (نظام حمية قاسي، استقراغ مقصود، إساءة استخدام للمسهلات ومدرات البول، ومبالغة في ممارسة التمارين (وبالذات في فقدان الشهية العصبي) (٣) اللجوء المتكرر للأكل بشراسة (وبالذات في الشره العصبي) وثانياً؛ خصائص عامة تشتمل على: (أ) أعراض قلق وأعراض اكتئابية مختلفة (ب) وساوس (وبالذات في فقد الشهية العصبي) (ج) ضعف في التركيز و (د) حياة اجتماعية محدودة (Fairburn & Cooper, 1989).

وبالنظر في مجمل سلوكيات مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي من منظور استعرافي في محاولة لاستخلاص نموذج لتطور واستمرار هذين الاضطرابين تبعا للنظرية الاستعرافية نجد أن الجواب الاستعرافية تلعب

دورا أساسيا في تطور هذين المرضين حيث تسيطر فكرة الخوف الشديد من السمنة على مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي وينتج عن ذلك عدد من الاتجاهات والقيم تجاه الوزن وشكل الجسم التي توجه بالتالي معظم سلوكيات اللاتي يعانون من هذين الاضطرابين باستثناء الأكل بشراهة (Binge eating) الذي لا يمكن عزوه بصورة مباشرة للجوانب الاستعرافية حيث أن هناك عوامل فسيولوجية تؤدي إليها الحمية القاسية التي يمارسها المريضات وتدفعهن في وقت لاحق إلى الأكل بنهم شديد مع ملاحظة أن أسلوبهم في الحمية ، بالطبع هو الذي يقودهم للأكل بشراهة .

وتكشف البناات الاستعرافية (المخطوطات) لبعض هؤلاء المريضات عن وجود بعض الشكوك في قدراتهن الأدائية في جوانب كثيرة تؤدي بهن إلى استخدام شكل الجسم وبالذات وزنه كمحك لتقويم الذات لأن شكل الجسم ووزنه من الأمور التي من الممكن التحكم فيها قياساً على المناحي الحياتية الأخرى وأن الحمية وفقدان الوزن من الأمور التي تدعم من بقية أفراد المجتمع . ولكن في الوقت الذي يأمل فيه هؤلاء المريضات أن تؤدي النحافة إلى تقبلهم لذواتهم فإن تقويمهن السلبي لأنفسهن يحول بينهم وبين هذا التقبل المنتظر ويجعلهم يبالغون أكثر في البحث عن النحافة .

كما أنه بالإمكان عزو التمسّد في تنفيذ الحمية، (متى تأكل المريضة ؟ وماذا يحب أن تأكل وما الكمية المسموح بها ؟)، لدى مريضات فقد الشهية العصبي والشره العصبي إلى ميلهم إلى ثنائية التفكير والكمالية . تنفع الكمالية المريضات هنا، والتي تؤثر في جوانب أخرى من حياتهن، إلى وضع معايير عالية لنفسه ، أما ثنائية التفكير بالإضافة للكمالية فتجعل المريضة ينظر إلى أي خروج، مهما كان حجمه، عن خطة الحمية كفشل في تطبيقها .

ومع أن نوبات الأكل بشراهة قد تحدث لأسباب فسيولوجية (كما ذكر) فكثيراً ما تسبق فترات كسر قواعد الحمية التي تسبق عملية الأكل بشراهة بوجدانات سلبية تضعف قدرة المريضة على المحافظة على حميتها . ويبدو أن

للأكل بشراهة دوراً في تخفيف درجة هذه الوجدانات السلبية. ويتم ذلك من خلال الشعور بالارتياح الذي يصاحب الأكل بشراهة، المدلولات الإيجابية للأكل أنواع معينة من الطعام، الشعور بالنعاس الذي يعقب أكل كميات كبيرة من الحلويات والنشويات، والارتياح الذي يعقب الاستقراغ الذاتي. لكن هذا سرعان ما يزول وتبدأ المريضة في لوم نفسها وفي الخوف من زيادة الوزن وبالتالي تعد المريضة نفسها بمضاعفة جهودها للحفاظ على الحمية وينتهي بها الأمر إلى حلقة مفرغة تساعد على استمرار مشكلته.

ومما يعزز استمرار هذه الحلقة المفرغة أيضاً أن المريضة يمارس الاستقراغ الذاتي ويسوء استخدام المسهلات ومدرات البول كعملية تعويضية للأكل بشراهة وبالتالي زوال عوائق هذا السلوك: الاستقراغ وتناول المسهلات والمدرات تعمل كمدمعات للأكل بشراهة لأن المريضة يعتقد أن هذه الممارسات تحد من السعرات الحرارية التي قد تزيد من وزنها (Blackburn & twaddle, 1996). كما أن المريضة التي تمارس الاستقراغ الذاتي يتمادى في أكل كميات كبيرة من الطعام لأن ذلك يسهل عملية الاستقراغ (Fairburn, 1997). وعلى هذا الأساس من الممكن اعتبار الأكل بشراهة انعكاساً للاعتقادات التي يتبناها المريض (Wilson & Fairburn, 1993). وينضج من ذلك كله أن المريضة تطور نظاماً مترابطاً من السلوكيات التي تحافظ على اضطرابها.

وبالنسبة لفقد الشهية العصبي تساعد عواقب نفسية وفسيولوجية معينة للجوع كما يرى قارنر وزملائه Garner et al في استمرار المشكلة؛ طقوس الأكل تبطئ عملية الأكل وتشجع على التصلب في خطة الحمية، انخفاض درجة تحرك الأمعاء يعطي المريضة إحساساً بالشبع حتى بعد تناول كميات قليلة من الطعام، سيطرة الأفكار حول الأكل والطعام تزيد من قلق المريض حول الأكل، انخفاض المزاج يزيد من درجة التقويم السلبي للذات وبالتالي الاعتماد على الشكل والوزن كمحددين لقيمة الشخص والانسحاب الاجتماعي يزيد من درجة الوعي بالذات والتركيز على الشكل والوزن. ويضاف إلى ذلك

عامل آخر من العوامل المساعدة على استمرار المشكلة بالنسبة لمريضات فقد الشهية العصبي وهو أن الكثير منهن لا يعترفن بوجود مشكلة لديهن بل أحياناً يرون أنهم حققوا ما يصبون إليه، بخلاف الحال لدى معظم مريضات الشره العصبي اللاتي يبدن استياء من سلوكهم ويظهرن رغبتهن في الحصول على المساعدة (Fairburn, 1997).

العلاج الاستعرافي الملوكي لاضطرابات الأكل

علاج الشره العصبي Bulimia Nervosa

كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي لاضطرابات الأكل تؤدي توقعات الآخرين حول النحافة والبدانة إلى ميل بعض الي الناس اتباع الحمية التي قد تؤدي بالبعض إلى الأكل بشراهة ثم إلى محاولة التخلص من الأكل . وعلى هذا الأساس فإن إحدى المهام الرئيسية للعلاج تكمن في تشجيع المريضة على تناول الأكل بشكل عادي وعلى التوقف عن الاستقراغ، إن وجد، وتناول الأطعمة التي كانت تتفادى تناولها بالإضافة تدريجياً على تحديد وتلخيص الأفكار غير الفعالة حول شكل ووزن الجسم وعلى حل المشكلات (Agras et al, 1989).

ويتكون العلاج من ثلاث مراحل : (١) التعريف بالنموذج الاستعرافي للمشكلة وكذلك استبدال طريقة الأكل غير المرغوبة بأنماط أكل عادية (٢) الاستمرار في محاولة تعويد المريضة على الأكل بطريقة صحية والتخلص من الحمية واستخدام الفنيات الاستعرافية للتعامل مع الاعتقادات غير الفعالة التي تساعد على استمرار المشكلة و(٣) التركيز على كيفية المحافظة على التغييرات التي حدثت نتيجة للعلاج . يتم العلاج بشكل تراكمي: إجراءات المرحلة الثانية تضاف إلى الإجراءات المرحلة الأولى والثالثة إلى الثانية،

وليس البدء في استخدام فنيات معينة والتخلي عن الفنيات التي سبقتها .

المرحلة الأولى :

١- شرح النموذج الاستعماري لاضطرابات الأكل

٢- يطلب من المريضة القيام بالمراقبة الذاتية وتسجيل ما تأكل والوقت الذي أكلت فيه والمكان والظروف التي حصل فيها الأكل والأفكار التي ظهرت قبل وخلال فترة الأكل ومراجعة ما تم تسجيله في الجلسة القادمة .

٣- المراقبة الذاتية للوزن. تقوم المريضة بوزن نفسها وتسجيل وزنها مرة في الأسبوع (المعالج لا يقيس وزن المريضة إلا في الجلسة الأولى ، وربما في الأخيرة تفادياً لتحول الجلسة العلاجية إلى مناقشة الوزن على حساب الجوانب العلاجية الأكثر أهمية). ولأن المريضة تهتم كثيراً بالوزن وقد تبنى عليه استنتاجات كثيرة فمن الأفضل تسجيلها على تأجيل الاستنتاجات حتى مرور ٤ أسابيع على الأقل.

٤- تنظيم عملية الأكل وتقديم المعلومات الصحيحة حول الطعام والسمنة للمريضة : لدى الكثير ممن يعانون من اضطرابات الأكل الكثير من المعلومات غير الدقيقة حول مسببات السمنة وطرق تخفيف الوزن لذا فإن من النقاط المهمة في العلاج محاولة تصحيح هذه المعلومات وتسجيع المريضة على التعامل مع الطعام بناء على حقائق علمية وليس على اعتقادات تفكر إلى الدعم العلمي .

يطلب من المريضة أن تحصر أكلها في ثلاث وجبات يومياً بالإضافة إلى أكلتين أو ثلاث أكالات خفيفة دون اللجوء إلى الاستقراغ أو إلى أي سلوكيات بهدف تفادي زيادة الوزن ويفضل أن لا تزيد الفترة بين الوجبات عن ثلاث ساعات وبهذا الإجراء تتخلص المريضة من الطريقة الشائعة في التعامل مع الطعام لدى هذا النوع من المريضات وهو الأكل بشراهة ثم

محاولة الإحجام عن تناول الطعام . بالطبع من المفترض أن يراعى المعالج عند تقديمه لهذا الاقتراح ، ظروف المريضة وتطبيقه بالتدريج إذا وجد أن هناك صعوبة في تكيف المريضة معه (البداية بالصباح ثم بقية اليوم مثلاً) . من المتوقع أن تمنع بعض المريضات هذا النظام الغذائي (تناول ثلاث وجبات وثلاث وجبات خفيفة) اعتقاداً منهن أن ذلك سوف يؤدي إلى زيادة أوزانهن . وعلى المعالج التأكيد لهن بأن وزنهن لن يزيد لأن هذه الطريقة تؤدي إلى الإقلال من تكرار الأكل بشراهة وبذا يقل احتمال زيادة الوزن باتباع هذا الأسلوب الجديد عليهن .

وتقدم هذه الطريقة للمريضة كتجربة سلوكية تظهر للمريضة أنه بإمكانها أكل وجبات عادية ووجبات خفيفة دون حدوث زيادة في الوزن لديها . ولزيادة قدرة المريضة على اتباع هذا النظام الغذائي يقوم المعالج بتشجيعها على التعرف على السياقات التي تزيد من احتمال تناولها للطعام بشراهة ومن ثم القيام بسلوكيات تضعف هذا الاحتمال (الاتصال بأقارب أو صديقات أو زيارتهن ، ممارسة بعض الهوايات ، أو عمل شيء ما) .

ومن العوامل المساعدة أيضاً تشجيع المريضة على التوقف عن تناول المليّنات ومدرات البول التي لم تثبت فعاليتها في منع زيادة الوزن (من المحبذ تزويد المريضة ببعض المعلومات الخاصة بالغذاء مثل الكتيبات الخفيفة أو الكتب التي توضح للمريضة كيفية حدوث زيادة الوزن وكيفية الحد من ذلك) . وبالإضافة إلى ذلك قد يكون من المفيد مقابلة المريضة مع أهلها أو زوجها أو أولادها وذلك لأبعاد صفة السرية عن المشكلة التي تساعد على استمرارها والإقلال من إمكانية قيام المريضة بتناول كميات كبيرة من الأكل ومحاولة التخلص منها دون علم أحد كما أن مقابلة الأقرباء تجعل البيئة التي تعيش فيها المريضة بيئة ملائمة لتطبيق المريضة لخطوات العلاج وبالتالي الاستفادة منه .

المرحلة الثانية : ويتم فيها التأكيد على الاستمرار في الأكل بطريقة اعتيادية والاستمرار في ممارسة السلوكيات البديلة والقياس الأسبوعي للوزن

والتعامل مع أفكار المريضة حول الحمية وشكل الجسم والوزن والأفكار غير المتكيفة حول الأكل بصورة عامة باستخدام ما يناسب من الفنيات الاستعرافية السلوكية (الأسئلة السocraticية وسجل الأفكار والتجارب السلوكية). وكما أُشير إلى ذلك من قبل من الأهداف الرئيسية للعلاج التخلص من الحمية والأكل بطريقة اعتيادية . وفي هذه المرحلة يجب على المعالج مناقشة مسألة تفادي المريضة لبعض أنواع الأكل ومحاولة تعويدها عليها بالتدرج بدأ بنوع الطعام الذي يلقى أكل مقاومة من قبل المريضة حتى يتم التخلص من القلق حول تناول بعض أنواع الطعام وتناولها ضمن الوجبات العادية والوجبات الخفيفة التي تتناولها المريضة . كما يجب أيضاً تشجيع المريضة على تناول كميات معقولة من الطعام والتساهل في مسألة عدد السعرات الحرارية. وبعد أن يصبح الأكل بشراهة إجراء نادر الحدوث من المفضل تدريب المريضة على تحديد الظروف التي يحدث فيها ذلك والتعامل معها بالطريقة الملائمة .

وإلى جانب ذلك يتم تدريب المريضة على التعامل مع الأفكار غير الملائمة حول شكل الجسم ووزنه: لدى اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل الكثير من الاعتقادات غير الدقيقة والتي تساهم في استمرار المشكلة؛ الخلط بين الشعور بأن الشخص بدين وبين كونه بدين فعلاً . وهنا تشجع المريضة على تحقق الأمور التالية : متى يصبح الشخص بديناً ؟ وهل وزني فعلاً قريب من ذلك ؟ هل تقاس البدانة بحجم الملابس ؟ ما الوزن الذي يعتبر غده الآخرين أنفسهم ببناء ؟ كما يجب التعامل مع بعض الاعتقادات الناتجة عن أخطاء في أساليب التفكير ومن ذلك اعتقاد المريضة (أن كل مشاكلها ستحل إذا ما استطاعت بلوغ وزن معين ، أن كل مشاكلها ناتجة عن زيادة وزنها ، وأن النساء النحيفات ناجحات في حياتهن).

ومن المفضل أن يستخدم المعالج بالإضافة إلى الأسئلة السocraticية بعض التجارب السلوكية لتحقق الاعتقادات غير الفعالة لدى المريضة : على سبيل المثال يطلب من المريضة أن تقوم بحصر النساء التي تعتبرن جميلات وملاحظة أوزانهن . سوف تكتشف المريضة أن أوزان الكثير منهن أكثر من

الوزن المثالي بالنسبة لها . وكذلك تشجيعها على عدم تقادي حضور المناسبات بسبب وزنها ثم مناقشة ما تلاحظه في هذه المناسبات ومناقشة ما دار في ذهنها من أفكار (في الغالب لن يحدث لها ما توقعته من أشياء سلبية في مثل هذه المناسبات) .

المرحلة الثالثة : وفي المرحلة الأخيرة من العلاج يشرح المعالج للمريضة أنه من غير المعقول أن تتوقع المريضة أنها لن تقدم على الأكل بشراهة نهائيا وأن حدوث ذلك لا يعني عودتها إلى أسلوبها القديم في الأكل . لقد تعلمت المريضة الكثير من المهارات، خلال فترة العلاج، للتعامل مع المشكلة وبإمكانها تطبيق ذلك عندما تواجه بعض المشكلات بعد انتهاء فترة العلاج (Fairburn, 1997) .

علاج فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa

بصورة عامة من الممكن إجراء بعض التعديلات على الفئات الاستعرافية السلوكية لعلاج الشره العصبي ومن ثم استخدامها مع مرضى فقدان الشهية العصبي ، لأن العوامل التي تساعد على استمرار المشكلة متشابهة وكذلك الجوانب الاستعرافية السلوكية لدى من يعاني من هذين النوعين من اضطرابات الأكل . ويمكن حصر الفروق بين علاج الشره العصبي وفقدان الشهية العصبي في أن علاج الأخير يتطلب مراعاة : (١) ضعف الدوافع للعلاج لدى هؤلاء المريضات و(٢) معالجة ما يحدث لهن نتيجة لعملية التجويع التي يعرضون أنفسهن لها .

تعانى مريضة فقدان الشهية العصبي من تنني في مستوى مفهوم الذات وتفتقر إلى الدافعية للعلاج وتقاومه وهكذا يتطلب الأمر من المعالج أن يبذل المزيد من الجهد لتشجيع المريضة على تقبل العلاج والمشاركة فيه . من الضروري أن يوحى المعالج للمريضة بأن العملية العلاجية لا تهدف إلى جعلها تسلم بعدم معقولية اعتقاداتها بقدر ما هي دعوة لها للنظر فيما تقوم به وتحصنه ثم الحكم عليه بالتعاون مع المعالج . كما يجب جعل المريضة تشعر

بأن المعالج يقوم بما يقوم من أجلها وليس من أجل أقاربها.

تتطلب مساعدة هذا النوع من المريضات أن تكون لدى المعالج القدرة على بناء علاقة علاجية تعاونية داعمة بهدف إيجاد الدافع لدى المريضة لتقبل العلاج والعمل على التصدي للمشكلة. وبالإضافة إلى ضعف الدافعية للعلاج لدى هؤلاء المريضات فإن الكثير منهن يجدن صعوبة في الاعتراف بوجود مشكلة لديهن وهناك ما يشير إلى أن تزويدهن بمعلومات عن طبيعة المرض تساعد في جعلهن يدركن وجوده لديهن .

ومن الفنيات الاستعرافية التي تفيد هنا فنية المزايا والعيوب (انظر الفنيات المستخدمة لاستبدال المخطوطة في الباب الثاني) حيث تساعد المريضة في الاستمرار في نظام الأكل التي تتمسك به . وفي هذه الفنيسة يطلب من المريضة تحديد مزايا تمسكها بسلوكها الحالي وكذلك تكلفة التمسك بهذا السلوك.

وبالإضافة إلى مشكلة الدافعية للعلاج لدى هؤلاء المريضات فقد يكون من الصعب ضمان تعاونهن مع المعالج بالشكل المطلوب ما لم يتم تعديل أسلوبهن القاسي في تناول الطعام من خلال حثهن على الأكل بشكل طبيعي كما هو الحال مع مرضى الشره العصبي ، وهو الأمر الذي يصبح ممكن التحقيق بعد أن يتم بناء علاقة علاجية تعاونية جيدة في الجلسات الأولى من العلاج . وتجدر الإشارة إلى أن عملية استعادة الوزن قد تستغرق وقتاً طويلاً في حالة عدم تنويم المريضة في المستشفى لذا فمن الممكن تنويم المريضة لاختصار مدة استعادة الوزن (أو إذا كانت حالة المريضة تستدعي ذلك) ثم إكمال العلاج كمريضة خارجية. ويحذ خلال محاولة زيادة وزن المريضة عن طريق الوجبات والوجبات الخفيفة الاتفاق على حد معين للوزن تصل إليه المريضة (٢-٣ كيلو أكثر أو أقل من الوزن الطبيعي لمن هن في سن وطول المريضة) مع التأكيد على أن المعالج حريص على أن وزن المريضة أن يتجاوز الحد المتفق عليه .

وفي المراحل الأخيرة من العلاج يتم التركيز بشكل أكبر على ميل المريضة نحو الكمالية وعلى العلاقات الينشخصية وعلى محاولة إعادة البناء الاستعرافي للمريضة (إيجاد بدائل للأفكار غير الفعالة حول شكل الجسم والوزن والحمية على سبيل المثال) (Vitousek, 1996; Fairburn, 1997; Fairburn and Cooper, 1991).

الفصل الثامن عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية لأخطار استخدام المواد المخدرة

النموذج الاستعرافي لأخطار استخدام المواد المخدرة

يميل الباحثون في مجال الاعتماد على المخدرات إلى الاعتقاد بأن هذا الاضطراب يُسبق بتكوين مخطوطة (تحتوي على أفكار معينة) بناء على الخبرات السابقة للفرد . ومع أن هذه المخطوطة قد لا تقود بالضرورة إلى استخدام المخدرات ولكنها، نظراً لأنها مخطوطة غير متكيفة، تجعل الفرد عندما تتوفر الظروف للمساعدة على استخدام المخدرات أكثر قابلية للاستمرار في تعاطيها. وتبعا للنموذج الاستعرافي لاضطراب استخدام المواد المخدرة فإن الفرد يصل إلى مرحلة الاعتماد على المواد المخدرة بعد حدوث العديد من التحولات الاستعرافية التي تبدأ بعد تعرضه لأحداث حياتية سلبية مرتبطة بالعائلة أو المجتمع أو الحالة الاقتصادية أو غير ذلك . يلي ذلك تكون المخطوطة والأفكار المرتبطة بها مثل (أنا شخص ضيق) (لن يتحسن وضعي) (لا أستطيع تحمل المشاعر المؤلمة) و(المشكلات شيء لا يطاق) وقد يصدف بعد ذلك مروره بظروف تدفعه للتعاطي (ك تجربة) كأن يشجعه أصدقاؤه أو أن يكون أحد أفراد عائلته من متعاطي المخدرات أو أن البيئة الاجتماعية التي يعيش بها تلصق بالتعاطي بعض الخصائص الإيجابية وقد تتكون لدى الفرد بعد ذلك عدد من الاعتقادات حول المخدرات مثل (المخدرات تحسن مزاجي) ، (استمتع بأوقات سعيدة مع أصدقائي إذا استخدمت المخدرات)، و(تجمعي المخدرات بأناس متميزين) وبعد ذلك يستمر الفرد في التعاطي وترداد اعتقاداته قوة وسيطرة عليه . ومن الممكن إيجاز ما يحدث بعد

ذلك على النحو التالي :

(١) تعرض الفرد لمثيرات داخلية (قلق ، اكتئاب) أو مثيرات خارجية (صعوبات في العلاقات الاجتماعية ، أو وجود أفراد يتعاطون المخدرات مثلاً) تؤدي إلى :

(٢) تنشيط اعتقادات مشجعة على التعاطي (تعاطي الكحول أو التدخين سوف يريح أعصابي ؛ سوف أكون مشدود الأعصاب إذا لم أستخدم المخدر) يلي ذلك :

(٣) الأفكار التلقائية (استخدم ، دخن) التي تؤدي إلى الرغبة في الاستخدام ويعقب ذلك :

(٤) اعتقادات تبرر عملية الاستخدام (سوف أتوقف عن التعاطي قريباً، مرة واحدة لن تضرنني، الدنيا ما تسوى، واستخدمت أم لم أستخدم ما الفرق ؟) وبعد ذلك يبدأ التفكير في كيفية الحصول على المخدر (اتصل بالمروج ، أطلب سيجارة من أحد، وفلان عنده مشروب: أتصل به وأذهب إليه) ويؤدي ذلك إلى الاستمرار أو الانتكاس ويستمر تكرار ما ذكر في النقاط السابقة (Liese & Farnz, 1996).

ويحدث خلال تسلسل الأفكار التي تساعد على استمرار تعاطي المخدرات بعض الظواهر الاستعرافية التي تزيد الأمر تعقيداً سواء بالنسبة للمتعاظم أو بالنسبة لمن يقوم بمساعدته على التخلص من تعاطي المخدرات . ومن ذلك أن المتعاظم يستطيع إدراك الأضرار التي تنجم عن تعاطي المخدرات ولكن عندما تنشط الأفكار المسبلة للتعاظم يصاب بما يسمى بالحاجز الاستعرافي الذي يغيب (لا يسمح) المعلومات الخاصة بالأضرار البعيدة المدى للمخدرات عن الذاكرة العاملة ويجعل تفكيره محصوراً في عملية استخدام المخدر (Beck, Wright, . Newman, & Liese, 1993).

وقد تظهر الرغبة الملحة للتعاظم بصورة تبدو غامضة وغير متوقعة

بالنسبة للمريض وذلك لأن الرغبة في التعاطي تستثار بمثيرات قد لا تخطر على بال المريض خلال فترة العلاج وبالتالي فإنه لم يهيئ نفسه للتعامل معها كمثيرات محتلة وما يحدث هنا هو " أن تعرض المدمن لتكرار الترابط بين أعراض الانسحاب المؤلمة وبين بعض العناصر في بيئته: مثل موجودات المكان من أثاث وغيره ، يعطي تلك العناصر بعض خصائص إثارة أعراض الانسحاب ، بحيث أنه من الممكن حتى بعد الانقطاع التام عن المخدر أن تثير هذه العناصر وحدها الشعور بأعراض الانسحاب المؤلمة "(الدخيل ، ١٩٩٠ ، ص ١١٦) أي أن هذه العناصر أصبحت مثيرات مكيفة (Conditioned Stimuli) تؤدي إلى استجابات انسحابية مكيفة تبعاً للنموذج التكيفي الكلاسيكي، ويفسر المتعاطي هذه الاستجابات كرغبة في استخدام المخدر حسبما أشارت إليه دراسات ميلشوير وتابكوف (Melchior & tabakoff 1984 و وست وشنايدر ١٩٨٧ Schneider & Tiffany, 1990). (In: Tiffany, 1990).

كما أنه من الممكن أن تحدث السلوكيات المرتبطة بتعاطي المخدر، نتيجة لتكرارها، بصورة آلية قد لا تتطلب وعي المتعاطي بما يقوم به من إجراءات تنتهي باستخدام المخدر. فقد يمارس المدمن أو متعاطي بعض المخدرات الأخرى الطقوس المتعلقة بهذه العادات وهو يتحدث إلى شخص آخر ، كما يحدث في قيادة السيارة أو السلوكيات الأخرى المتعلقة التي يمارسها الناس بصورة متكررة (Tiffany, 1990). وتكرار التعاطي بهذا الشكل لا يمثل عائقاً أمام التنخلات العلاجية للتعاطي ولكن من الضروري أن يؤخذ بعين الاعتبار من قبل مقدم المساعدة للمتعاطي.

العلاج المعرفي السلوكي لاضراب استخدام المواد المخدرة

يبدأ العلاج باستخدام التقويم الاستعرافي السلوكي لتحديد المشكلة

والسياق الذي تحدث فيه والتوصل إلى صياغة استعرافية للمشكلة (وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطراب استخدام المواد المخدرة) واستخدام الأسئلة السوفراطية والاكتشاف الموجه (والتجارب السلوكية وحل المشكلات عند الحاجة) وسجل الأفكار (الباب الثاني) لتحديد وتفحص إيجاد بدائل للأفكار التلقائية التي تساعد على استمرار مشكلة التعاطي وكذلك ما يظهر من أعراض قلق واكتئاب لدى المريض واستخدام التقنيات الخاصة باستبدال المخطوطة (الباب الثاني) عند الضرورة (Padesky, 1996) .

وهناك بعض الاعتبارات التي يجب التنبيه لها خلال التعامل مع هذه الفئة من المرضى :

أولا : ضرورة بناء علاقة علاجية تعاونية مبنية على المصارحة والاحترام الصادق مع المريض :

هذا النوع من العلاقة مطلوب مع جميع المرضى ولكن الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد المخدرة يعانون أيضا من الشعور بالعار ويعانون من عدم تقبل الناس لهم وهذا الشعور يشمل حتى المدمنين في الوقت الراهن لذا يشعر متعاطي المواد المخدرة بالحرج عندما يحاول البحث عن المساعدة للتخلص من مشكلته وقد يجد صعوبة في الثقة في من سوف يقدم هذه المساعدة. ويتصور بعض المتعاطين أن من لا يتعاطى المخدرات لا يستطيع فهمهم وقد يتخذون مواقف دفاعية إذا تطرق أهلهم ومعارفهم لمشكلتهم. وللتغلب على هذه المشكلة لابد من إظهار التعاطف (أنظر الفصل الخامس: العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي) مع المريض وتشجيعه على إبداء رأيه (تغذية راجعة) فيما يقوله المعالج .

كما يجب على المعالج تحديد اعتقاداته هو حول المتعاطي ومحاولة الحد من تأثيرها بشكل ملبي على العملية العلاجية: لدى بعض المعالجين اعتقادات حول من يتعاطى المخدرات مثل (كل المتعاطين على شاكلة واحدة) و (يعتقد أنني غبي) . وقد تتأثر مثل هذه الاعتقادات بأي سلوك غير مرغوب يقوم به

المريض (عدم اظهار التوجس من التعاطي، التأخر ، عدم المصارحة أو عدم المصارحة) . وعند ملاحظة هذه السلوكيات من المفضل أن يعكس المعالج ما قاله المريض (يبدو أنك غير منزعج من تعاطي ...) . فإذا كانت استجابة المريض تتم عن تقبله لاستجابة المعالج شرع المعالج في استكشاف الاعتقادات الكامنة وراء سلوك المريض . أما في حالة اتخاذ المريض موقفا دفاعيا تجاه ملاحظة المعالج فمن المستحسن أن يظهر المعالج التعاطف مع موقف المريض ويحاول استكشاف اعتقاداته المسؤولة عن دفاعيته (Liese & Franz, 1996).

ثانيا : تطبيق الفنيات الاستعرافية السلوكية التي تم ذكرها (فسي هذا الكتاب) وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطراب المواد المخدرة ويشتمل ذلك على:

١- تحديد العوامل التي قد تدفع المريض للتعاطي (الاكتئاب ، القلق ، الصعوبات في العلاقات الاجتماعية، الضغوط النفسية ، بعض الأماكن أو الناس) والتعامل معها أو تجنبها . ولكن بطبيعة الحال ، هناك مثيرات يصعب تحديدها أو الابتعاد عنها (قد تستثار الرغبة في التعاطي لدى المريض بالنظر إلى إعلان مضاد لتعاطي المخدرات ، على سبيل المثال ،لذا لابد من تدريب المريض على كيفية الصمود أمام هذه المثيرات التي يصعب تقاديتها من خلال :

٢- تعديل الأفكار التي تولد الرغبة الملحة لاستخدام المخدر مثل (الاعتقاد بأن المخدر سوف يحل مشكلات المريض) والتعامل مع مشكلات المريض النفسية والاجتماعية (الاكتئاب ، القلق ، العلاقات الاجتماعية غير المرضية الخ) .

٣- مساعدة المريض على وضع الرغبة الملحة للتعاطي في مكانها الطبيعي . تأتي الرغبة الملحة في التعاطي ثم تزداد وفي النهاية تخمد إذا لم يستجب لها المريض: تدوم بضع دقائق (تفصله عن النجاح في التخلص من المشكلة) ثم تزول أما إذا استجاب المريض واستخدم المخدر فإن الرغبة تعود بصورة متكررة . أحيانا يتعاطى المريض المخدر بوجود رغبة بسيطة في

استخدامه وأحيانا لا يتعاطى مع وجود رغبة جامحة في التعاطي . وهذا دليل على أن بإمكان المريض عدم الاستجابة لهذه الرغبة .

٤- وجود الرغبة الملحة لا يعني بالضرورة أن المريض سوف يتعاطى المخدر كما أشير إلى ذلك : يرتبط التعاطي بالاعتقادات التي تبرر الاستخدام؛ الاعتقادات التي تقلل من عواقب الاستخدام أو تنفي الصفة السلبية عنه (لا بأس من استخدامه هذه المرة فقط) و (لم أسرق مال أحد لشرائه) و (إن أفسد في أذى أحد) . تذكر المريض بأن هذه الاعتقادات عبارة عن حجج ضعيفة (خداع للذات) لتبرير الاستخدام يساعده على تقويمها وإيجاد البدائل المتكيفة لها .

٥- إيجاد سلوكيات بديلة للأساليب التي يقوم بها المريض للحصول على المخدر . أحيانا تبدو وكأنها غير مرتبطة بالمخدر: كأن المسألة مصادفة مثل (الذهاب لمكان يعرف المريض أن مروج المخدرات يتواجد حوله) .

٦- التأكيد على أن استخدام المخدر لمرة واحدة بعد التوقف لا يعني العودة إلى المشكلة.

يقوم المعالج بمساعدة المريض على إدراك هذه العوامل ويدربه على استخدام الفنيات التي يمكن استخدامها للتعامل مع هذه العوامل دون الحاجة إلى استخدام المخدرات .

أحيانا يجد المريض صعوبة في تحديد الأشياء أو الأفكار التي تسبق التعاطي ، إما لأنها غير متوقعة (تكييف شرطي) أو لأن استخدام المخدر يحدث بصورة تلقائية كما أشير إلى ذلك في النموذج الاستعرافي لهذا الاضطراب ولكن بإمكان المعالج باستخدام الأسئلة المناسبة مساعدة المريض على تحديد الأشياء أو الأفكار التي سبقت لجوءه إلى استخدام المخدر ومن ثم إيجاد السبل المناسبة للتعامل معها (Cotterell, 1997) .

الفصل التاسع عشر: النموذج والخطة العلاجية الاستعرافية السلوكية للخواف الاجتماعي

النموذج الاستعرافي للخواف الاجتماعي

الخواف الاجتماعي كما يرى شامبلز وهوب هو (رغبة الفرد في الأداء الحسن، في المواقف التي يتفاعل فيها مع الآخرين أو يقع فيها تحت ملاحظتهم، مع خوفه من أنه سوف يفشل في ذلك (الأداء الحسن) وينتج عن ذلك تعرضه للارتباك أو الرفض أو التقويم السلبي (P. 345). وهناك نوعان من الخواف الاجتماعي : ١- خواف اجتماعي محدد كما هو الحال لدى من يخاف من الحديث أو تناول الطعام أمام الناس و٢-خواف اجتماعي عام وهو الخوف من معظم المواقف التي يحتك فيها الفرد بالآخرين (Chambless & Hope, 1997).

وتشير الدراسات في مجال الخواف الاجتماعي أن لمرضى هذا الاضطراب أنماط سلوكية مرتبطة بالمواقف الاجتماعية تميزهم عن من يعانون من الاضطرابات النفسية الأخرى . ومن أهم هذه السلوكيات سرعة التقاط الدالات (Cues) على وجود خطر يهدد المريض (يتمثل ذلك في اعتقاد المريض بأنه سوف يتعرض لشيء يؤدي إلى تقليل قيمته في نظر الآخرين) في المواقف الاجتماعية (Asmundson & Stein, 1994) ، وكذلك التركيز على الذات والتقاط التغيرات الفسيولوجية والتغيرات التي تحدث في الوجه أو ضربات القلب واعتقاد المريض بأن الآخرين سوف يلاحظونها وبالتالي يكونون انطباعات سلبية عنه . والتركيز على هذين الجانبين يحد من قدرة المريض على متابعة ما يحدث في الموقف الاجتماعي بشكل متكامل مما يؤدي به إلى التوصل إلى أفكار سلبية لا تعكس فعلا ما حدث في عملية التفاعل

الاجتماعي وهكذا يمكن القول أن الأفكار السلبية لدى هؤلاء المرضى حول المواقف الاجتماعية تتبع عن تحيز استعرافي في معالجة المعلومات أكثر من كونها نتيجة للمتابعة الموضوعية لما يدور حوله خلال التفاعلات الاجتماعية (Stopa & Clark, 1993).

ويعتمد النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطراب الخوف الاجتماعي على هذه الأنواع من السلوكيات التي تميز من يعانون من هذا الاضطراب وعلى غيرها في تكوين تصور شبه متكامل للعوامل التي تساعد على تطور واستمرار هذه المشكلة لدى من يعاني منها . ويشتمل النموذج الاستعرافي السلوكي للرهاب الاجتماعي على ثلاثة جوانب من سلوكيات المريض (١) الأفكار والسلوكيات التي تسبق الدخول في الموقف الاجتماعي (٢) ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي و(٣) ما يحدث بعد تقادي أو الدخول في الموقف الاجتماعي .

أولاً : الأفكار والسلوكيات التي تسبق الدخول في الموقف الاجتماعي: يتكون لدى مريض الخوف الاجتماعي ، من خلال خبراته المبكرة عدد من الافتراضات التي توجه سلوكياته تجاه المواقف الاجتماعية ؛ على سبيل المثال (عدم إظهار الناس لحبهم لي يعني أنهم يكرهونني) ، (إذا لم أتلحظ كل الناس فهذا يعني أنني شخص عديم الفائدة) و (إذا ظهرت علامات وجود قلق لدي أمام الناس فسوف يعتقدون أنني شخص مختلف (غير عادي) وبالتالي سيرفضونني) . وهذه الافتراضات تقود المريض إلى تفسير ما يحدث في التفاعلات العادية بشكل سلبي واعتبارها مصدر تهديد لذاته . وقبل الدخول في الموقف الاجتماعي يقوم المريض بمراجعة ما يتوقع أنه قد يحدث فيه . وعندما يبدأ في التفكير في الموقف يصبح قلقاً وتسيطر عليه أفكار خبرات الإخفاق والصور السلبية لنفسه في الموقف وتوقعات سلبية لأدائه فيه ولرفض الآخرين له . أحياناً يؤدي ذلك إلى تجنب الموقف . أما إذا قرر الدخول في الموقف فسوف يكون تركيزه منصبا على نفسه مع توقع فشله فيه وغالباً ما تكون قدرته على ملاحظة المؤشرات على قبول الآخرين له أقل بكثير مما يحدث لدى

المرضى الذين لا يعانون من هذا الاضطراب.

ثانيا : ما يحدث داخل الموقف الاجتماعي: الافتراضات التي سبق ذكرها تجعل مريض الخوف الاجتماعي يرى الأمور في المواقف الاجتماعية على غير حقيقتها . فقد يفسر مريض الخوف الاجتماعي مثلا ، تصرفات الشخص الآخر الذي يتحدث معه (النظر إلى شيء موجود في مكان التفاعل مثلا) على أنها دليل على أنه شخص ممل (المريض) وهذا النوع من التفسيرات يؤثر برنامج القلق (anxiety program) لدى المريض الذي يشتمل على العناصر التالية (١) الأعراض الجسمية والاستعرافية التي تستثار بشعور المريض بالخطر (التهديد) ، ومن ذلك احمرار الوجه ، الخفقان ، الصعوبة في التركيز والقراغ الذهني (Mental blank). ومن الممكن أن يعتبر المريض هذه الأعراض مؤشرات إضافية للخطر المتخيل ، الأمر الذي يجعله يدور في حلقة مفرغة تبقى على القلق . على سبيل المثال قد يعتبر مريض الخوف الاجتماعي أن احمرار وجهه يعني أنه ظهر بشكل مخجل أمام الآخرين مما يؤدي إلى مزيد من الارتباك وزيادة احمرار الوجه ، وقد يعتبر ارتعاش يده دليل على أنه سيفقد السيطرة على نفسه الأمر الذي يؤدي إلى المزيد من القلق ومزيد من ارتعاش اليدين ، (٢) سلوكيات الأمان (Safety behavior) التي يمارسها المريض بهدف الحد من حدوث ما يخاف حدوثه . ومن بين هذه السلوكيات : (محاولة منع تحول اهتمام (تركيز) الآخرين عليه ، تفادي الاحتكاك البصري ، اختيار ما يقوله بعناية للتأكد من أنه سيمتلك انطباعا جيدا لدى الآخرين (يقدم نفسه بشكل مقبول) . وغالبا ما يكون هناك علاقة بين سلوكيات الأمان والمواقف التي يخشى المريض من حدوثها ؛ يحاول المريض الذي يخشى من اهتزاز (ارتعاش) يده وهو يتناول القهوة إمساك الفئجان بقوة عندما يشرب القهوة ، ويحاول المريض الذي يتصور أن الآخرون يعتبرون مل يقوله كلاما سخيفا استرجاع ما قاله من قبل ومقارنته مع ما سيقوله (يحدث ذلك خلال المحادثة مع الآخرين) ويتدرب المريض الذي يخشى من أن يعتقد الآخرين أنه كان قلقا ويقومونه تقويما سلبيا، إن هو توقف خلال الحديث معهم،

على ما سيقله ويطرحه بسرعة . وهذه السلوكيات تحول دون اكتشاف المريض لعدم دقة اعتقاداته وأحيانا ترفع من مستوى الأعراض التي يخشى المريض حدوثها (كما يحدث في نوبات الفزع) .

فإمسالك فنجان القهوة بقوة تقاديا لارتعاش اليد قد يزيد من درجة الارتعاش . كما أن بعض سلوكيات الأمان تؤثر سلبيا على ردود فعل الآخرين تجاه المريض : ومن ذلك أن محاولة المريض استدعاء ما قاله خلال المحادثة تجعل المحادثة تظهر بشكل متكلف قد يجعل سامعيه يستجيبون ببرود لما يقول و (٣) عندما يتصور مريض الخوف الاجتماعي أن هناك احتمالا بأن الآخرين سوف يقومونه سلبيا يبدأ بالمراقبة الدقيقة لنفسه ، يلي ذلك استخدام المريض للمعلومات التي حصل عليها من التركيز على نفسه في تكوين انطباع عن نفسه يتصور أنه يعكس ما لاحظ في وما يفكر فيه الآخرون عنه . وبهذه الطريقة يجد المريض نفسه في وضع تتم فيه تقوية اعتقاداته حول احتمال تكون انطباعات سلبية عنه لدى الآخرين من خلال معلومات ذاتية وبالتالي فهو يحرم نفسه فرصة اكتشاف عدم دقة اعتقاداته . لو لم يمارس المريض سلوكيات الأمان وتصرف بشكل عادي في المحادثات الاجتماعية اكتشف أن اعتقاداته في أن الآخرون سوف يقومونه سلبيا تتناقض مع ما يحدث في الواقع .

ثلاثا : ما يحدث بعد تفادي أو الدخول في الموقف الاجتماعي: لا يتوقف قلق مريض الخوف الاجتماعي بمجرد تفاديه أو دخوله في الموقف الاجتماعي . يخف القلق لدى المريض بعد أن يتفادى المريض الدخول أو ينتهي الموقف الاجتماعي ولكن من غير المحتمل أن يشعر المريض بأنه قد حصل استحسان واضح من قبل الآخرين ولهذا السبب فليس من غير المألوف أن يقوم المريض بمراجعة ما حدث خلال التفاعل الاجتماعي . وتبرز خلال هذه المراجعة مشاعر القلق والإدراك السلبي للذات لأن ذلك قد استحوذ على الكثير من وقت المريض خلال الموقف الاجتماعي وبالتالي تم تسجيله بقوة في ذاكرته . وهكذا يطفئ إدراك المريض السلبي لنفسه على مراجعة الموقف وبالتالي يبدو له الموقف الاجتماعي سلبيا أكثر مما هو عليه في حقيقة الأمر .

ولعل ذلك يفسر استمرار شعور المريض بالهوان حتى بعد زوال القلق . كما أن المريض خلال مراجعة ما حدث في الموقف ، يسترجع أيضا المواقف الاجتماعية الأخرى التي يعتقد أنه لم يكن موفقا فيها ، وتكون النتيجة أن يؤدي موقفا ، عاديا من قبل الآخرين، إلى تقوية اعتقادات المريض حول افتقاره للمهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الناجح من الآخرين (Clark,1997) .

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب الخوف الاجتماعي من الاضطرابات النفسية المنتشرة بين الناس فقد بينت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن ما يزيد على ٢% من الأمريكيين قد عانى من هذا الاضطراب في مرحلة ما من حياته (Chambless & Hope,1996) ووجد الجلبي أن ١٣% من طلابي الخدمات النفسية (غير النمائين) في مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية يعانون من الخوف الاجتماعي (Chaleby,1987).

العلاج الاستعرافي السلوكي للوحدة الاجتماعي

يعتمد العلاج الاستعرافي السلوكي للخوف الاجتماعي على النموذج الاستعرافي السلوكي لهذا الاضطراب المبني على النظرية الاستعرافية للاضطرابات النفسية والتي تتضح يوما بعد يوم قدرتها على تفسير هذه الاضطرابات بشكل ينجم مع نتائج الدراسات حول الاضطرابات النفسية وبالذات تلك التي تحاول التعرف على محتويات وأساليب التفكير لدى الذين يعانون من هذه الاضطرابات.

ويتضح من نتائج الدراسات التي أجراها كلارك وويلز Clark and Wells (1994) وكما يشير إلى ذلك النموذج الاستعرافي السلوكي للخوف الاجتماعي أن لدى من يعانون من هذه المشكلة الخصائص الاستعرافية التالية :

- ١- يرون أن المواقف الاجتماعية تمثل تهديدا لنواتهم أكثر مما يفعل الذين لا يعانون من الخواف الاجتماعي .
- ٢- يعتقدون أن الآخرين يقيمونهم بشكل سلبي لأنهم خلال التفاعل الاجتماعي يركزون انتباههم على أنفسهم أكثر مما يركزونه على الآخرين .
- ٣- قياسا على العينات الضابطة لا يتذكر المصابين بالخواف الاجتماعي سوى القليل مما يحدث في التفاعلات الاجتماعية التي يشاركون فيها .
- ٤- يعنى المصابين بالخواف الاجتماعي بما يمكن الحصول عليه من معلومات خلال المواقف الاجتماعية مثل (معدل نبضات القلب) أكثر مما يحدث لدى غير المصابين بالخواف الاجتماعي .
- ٥- يعتقد المصابون بالخواف الاجتماعي أن الآخرين يحكمون عليهم وفقا لإدراكهم (المصابون) لردود أفعالهم الانفعالية (يعتقد المريض، مثلاً، أنه كان قلقا وأن الآخرين أصدروا الحكم نفسه عليه) .
- ٦- لدى المصابين بالخواف الاجتماعي تحيز في الانتباه تجاه الكلمات الاجتماعية ذات الطابع التهديدي .
- ٧- يقوم الذين يعانون من الخواف الاجتماعي بمراجعة ما حدث بعد الانتهاء من التفاعل الاجتماعي وبالذات ما يرتبط بتقييمهم السلبي لأنفسهم (Blackburn & Twaddle, 1996) .

خطوات العلاج:

لولا : يبدأ العلاج كما هو الحال مع بقية الاضطرابات النفسية بإجراء المقابلة الاستعرافية السلوكية بهدف الوقوف على الوضع العام للمريض وتحديد مشكلته . ويشتمل تحديد المشكلة على التعرف على (١) سلوكيات الأمان التي يستخدمها المريض لتفادي الوقوع في الأخطاء أو الظهور بالشكل الذي يعتقد أن الآخرين يلاحظونه عليه مثل : تأخير طرح الأسئلة ، أخذ نفس عتيق ، التحدث بسرعة ، التمتمة ، وضع اليد على الفم ، مراجعة ما ينوي قوله للتأكد

من طرحه بصورة ملائمة ومحاولة تذكر ما قاله من قبل و٢- المعلومات التي يعيها المريض عندما يركز على نفسه والتي تشتمل على الإحساسات الجسمية (ضربات القلب مثلاً) والصورة التي يشعر المريض بأن الآخرين سوف يرونها فيه. قد تصاحب هذه المعلومات بصور ذهنية مشوهة للمعلومات التي يعيها المريض على سبيل المثال ، قد يشعر المريض بتوتر العضلات المحيطة بفمه عندما ينظر إليه الآخرون فيقوم بتحويل هذه المعلومة إلى صورة ذهنية يرى فيها فمه ملتوى و يعتقد أن كل من حوله سوف يلاحظ هذا الالتواء. كما قد يتحول الإحساس بالدفء في الجبهة أو الإحساس البسيط بالتعرق إلى صورة ذهنية يرى فيها المريض التعرق يسير بغزارة على جبهته (Clark, 1997).

ثانياً: تدريب المريض على تحديد الأفكار التلقائية والأساليب الاستعرافية غير الفعالة المرتبطة بالأفكار التلقائية وتطوير استجابات بديلة متوازنة للأفكار التلقائية (أنظر سجل الأفكار - الباب الثاني).

ثالثاً: التعرض : يوضح المعالج قبل البدء في عملية التعرض للمريض ما سيتم وأخذ موافقته. وقد يكون ذلك إما من خلال الدخول في المواقف التي يخافها المريض مباشرة أو تخيلاً أو استخدام ما يسمى بالتعرض البديل والذي يقوم فيه المعالج وزملاؤه وغيرهم من الذين يعملون في العيادة أو المستشفى بلعب أدوار الأشخاص الذين يتطلب الموقف الذي يتم اختياره بالاتفاق مع المريض وجودهم. ومن الأفضل أن يراعي في ذلك :

(١) البدء بمواقف بسيطة تتطلب كلمات محدودة من المريض وكذلك من الذين يلعبون الأدوار ، والاتفاق على ذلك قبل البدء في التعرض، كهدف للتعرض .

(٢) دمج الفنيات الاستعرافية مع التعرض. يفترض أن المعالج قد ساعد المريض على تحديد الأفكار التلقائية والتعامل معها. في بداية التعرض تكتب الفكرة البديلة على لوحة (سبورة) يكون بإمكان المريض النظر إليها خلال التعرض. وفي التعرضات القادمة يحاول المريض تذكرها أثناء التعرض

البديل أو الحقيقي (حيث يطلب منه قراءة هذه الأفكار يوميا كواجبات منزلية لمدة نصف ساعة مثلا، حتى يكون بالإمكان تذكرها بيسر في المواقف التي يخشاها المريض).

(٣) يطلب من المريض أثناء عملية التعرض تقويم درجة القلق لديه (من ٠-١٠٠) لديه بعد كل دقيقة أو دقيقتين ويستخدم هذا التقويم لتحديد فترة التعرض في الغالب تكون درجة القلق مرتفعة في البداية ثم تنخفض بالتدرج مع الاستمرار في التعرض. وتنتهي عملية التعرض بعد انخفاض درجة القلق (أربعين فأقل).

(٤) يتبع كل عملية تعرض بواجب (واجبات منزلية): يقوم فيها المريض بالدخول في مواقف حقيقية تتناسب من حيث التعقيد بما يتم في التعرض البديل مع التأكيد على أهميتها وأهمية استخدام الأفكار البديلة قبل التعرض لها.

(٥) يتم التعرض البديل لمواقف مختلفة تبعا لطبيعة خوف المريض (في السوق، في البيت أو في العمل).

(٦) يناقش المعالج مع المريض ما حدث في التعرض وما تحقق من أهداف وكذلك ما واجه المريض من صعوبات.

(٧) يحدد عدد جلسات التعرض وفقا لتقدم المريض الذي يمكن التعرف عليه من خلال قدرته على الدخول في المواقف الحقيقية التي يطلب منه القيام بها كواجبات منزلية ومن خلال درجة تصديق المريض بالأفكار البديلة.

(٨) يطلب من المريض عدم استخدام سلوكيات الأمان في التعرض البديل وكذلك في التعرض الحقيقي لأن المريض قد يعزو نجاحه في القيام بما هو مطلوب إليها (Chambless and Hope, 1996).

رابعاً: فنيات ذات أهداف محددة: وهي عبارة عن فنيات تستخدم للتعامل مع عناصر معينة من الخواف الاجتماعي :

أ/ التعامل مع سلوكيات الأمان : يتم الترتيب لعملية لعب أدوار لموقف اجتماعي تفاعلي يشترك فيه المريض مرة باستخدام سلوكيات الأمان المعتادة ومرة بدون استخدام سلوكيات الأمان مع التركيز على الشخص أو الأشخاص الآخرين المشاركين في عملية التفاعل مع المريض بدلا من التركيز على نفسه. ويطلب من المريض بعد كل عملية لعب أدوار أن يقوم (١) درجة القلق الذي شعر بها (٢) درجة القلق التي يعتقد أنها ظهرت عليه و(٣) مستوى أدائه في عملية التفاعل . وسوف يتبين من المقارنة (أ) أن سلوكيات الأمان بخلاف ما يعتقد المريض تزيد من قلقه بدلا من خفضه و(ب) أن تقويمه لـ (١)القلق الذي يعتقد أنه ظهر عليه و(٢) تقويمه لمستوى أدائه مرتبط بتقويمه لدرجة القلق الذي شعر به مما يشير إلى أنه يستخدم مشاعره لتحديد الكيفية التي ظهر بها أمام الآخرين .

ب/التعامل مع توقع التقويم السلبي من قبل الآخرين : التفاعلات الاجتماعية العادية لا توفر للمريض سوى فرصة محدودة جدا لتفحص اعتقاداته غير الدقيقة حول ما يترتب على سلوكياته التي يعتقد أنها غير ملائمة أو حتى سخيفة. ومن الممكن التغلب ولو جزئيا على هذه المشكلة من خلال قيام المريض بصورة مقصودة بالسلوكيات التي يعتقد، بدون دليل، أنها سوف تؤدي إلى أن يقومه الآخرون تقويما سلبيا. على سبيل المثال يطلب من المريض أن يطرح موضوعا مملا للنقاش أو يتكلم بشكل متقطع أو يطرح وجهة نظر يعتقد أن الآخرون لن يوافقوا عليها ثم تناقش معه ردود فعل الآخرين الحقيقية على ذلك إلى جانب مناقشة الكيفية التي كان يعتقد أن الآخرين ينظرون بها إلى هذه السلوكيات. في الغالب يتدهش المريض عندما يدرك أن ردود فعل الآخرين لم تكن سلبية بالدرجة التي كان يتوقعها .

وبالإمكان، لتحقيق الهدف نفسه ، استخدام الاستبيانات للتعرف على وجهات نظر الآخرين حول السلوكيات التي يخشى المريض ظهورها منه أطم الآخرين. يطرح المريض سؤال على عدد من الناس لأخذ رأيهم حول تقييمهم لشخص يتأنيء أو يحمر وجهه. في معظم الحالات تأتي الاستجابات

مخالفة بشكل كبير لما يتوقعه المريض .

ج/التعامل مع استرجاع المريض لما حدث في التفاعل الاجتماعي
وبالذات الجوانب السلبية فيه من وجهة نظر المريض : نظرا لأن المواقف الاجتماعية التفاعلية لا توفر للمريض سوى تغذية راجعة غير واضحة حول كفاءة أدائه وحول إدراك الآخرين له يقوم الذي يعاني من الخواف الاجتماعي باستعراض ما حدث في التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يدور هذا الاستعراض حول شعور المريض بالقلق وإدراكه السلبي لنفسه . لذا من المفترض أن يناقش المعالج ذلك مع المريض ويطلب منه أن يتوقف عنه (Clark,1997) .

د/ التعامل مع عدم قدرة المريض على تحمل توجه أنظار الآخرين إليه:
يناقش المعالج مع المريض ويأخذ موافقته على القيام بعملية تعرض يقوم المعالج (أو شخص آخر حسب الظروف) بالنظر إلى المريض (ينظران لبعضهما مجها لوجه) من مسافة قريبة حتى تتخفض درجة القلق لديه ، ويراعي في ذلك (١) حث المريض على عدم استخدام سلوكيات الأمان (٢) يسأل المريض عن درجة القلق كل دقيقة أو دقيقتين و(٣) يشجع المريض على الاستمرار ويذكر بأنه قادر على ذلك وأن القلق سيزول مع الاستمرار . وفي الغالب يزول القلق تدريجيا ويدرك المريض أن نظر الآخرين إليه ليس بالشيء المرعب كما كان يعتقد إلى درجة أنه يتقادم المواقف الاجتماعية خشية من أن يركز الآخرين النظر إليه (Thyer,1987) .

ولإعطاء المريض دليلاً واقعياً على عدم دقة اعتقاداته حول ما يظهر عليه سلوكيات يلاحظها الآخرون ، من الممكن استخدام الفيديو أو التسجيل الصوتي للمريض وهو يتفاعل مع الآخرين ثم عرض ما تم تسجيله عليه ومقارنة ذلك بما كان يتوقع حول السلوكيات التي يعتقد أنها تظهر منه أمام الآخرين وبتوقيمه لأدائه (المسجل) قبل مشاهدة/ الاستماع الى الشريط . وفي الغالب يكون هناك فرق كبير بين ما يحدث فعلاً وما كان يتصور أنه يحدث: أي المريض لا يبدو مرتبكاً أمام الغير بالدرجة التي يعتقد أنها ستظهر بشكل

واضح يدركه الآخرين بسهولة .

هـ/ التعامل مع الافتراضات الموجودة لدى المريض : بالإضافة إلى التعامل مع الأفكار الثقافية كما ذكر في الصفحات السابقة لابد من التعامل مع الافتراضات التي تجعل المريض يفسر المواقف الاجتماعية تفسيراً يحمل طابع التهديد له . ويتم التعامل مع هذه الافتراضات باستخدام الأسئلة السocraticية لتوجيه المريض إلى اكتشاف أفكار بديلة: على سبيل المثال يسأل المريض الذي يفترض (إذا لم أحصل على حب شخص ما ، فهذا يعني أنني شخص غير كفاء) الأسئلة التالية (كيف تعرف أن شخصاً ما لا يحبك ؟) ؛ ليس من الممكن أن تكون هناك أسباب أخرى قد تجعل شخصاً ما لا يتعامل معك بصورة إيجابية غير كونك شخص غير كفاء ؟ على سبيل المثال : حالته النفسية، كونك تذكره بشخص آخر ، تشتيت ذهنه الخ ؟ هل هناك شخص تعرفه لا يحبه الآخرين على الرغم من أنه شخص كفاء ؟ إذا أحببك شخص ما ولم يحبك آخر فمن هو صاحب الرأي الصحيح منهما ؟ إذا لم يحبك شخص ما فهل يعني ذلك أنك لا شيء ؟ (Clark,1997) .

الاضطرابات العنصرية، النموذج والخطط العلاجية الاستعرافية السلوكية للاضطرابات العنصرية

النموذج الاستعرافي السلوكي للاضطرابات العنصرية

المخطوطة ، كما هو الحال مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، هي التي تتحكم من وجهة نظر أصحاب النظرية الاستعرافية والعلاج الاستعرافي السلوكي في معالجة المعلومات لدى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية (Blackburn & Twaddle,1996; J. Beck,1996; McGinn & Young,1996). وهناك شبه إجماع على أن المخطوطة لدى هؤلاء المرضى تنشأ في فترة الطفولة نتيجة لتعرض الطفل لخبرات غير مارة من قبل والديه، القائمون على تربيته، إخواته وأخواته أو أقرانه (McGinn & Young,1996). ويفترض بك أنه نظرا لأن ليس كل طفل يتعرض لصدمة ينشأ لديه اضطراب شخصية فقد يكون من يتطور لديه هذا الاضطراب منهم قد افترض من يقدم له الدعم لتخفيف أثر الصدمات عليه. وغالبا ما يظهر الاضطراب في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر (J. Beck,1996) .

ويميل بعض الباحثين في النظرية الاستعرافية إلى الاعتقاد بأن اضطرابات الشخصية عبارة عن أشكال مبالغ فيها للسلوكيات العادية التي تهدف إلى الحفاظ على حياة الفرد ومساعدته على التكيف مع بيئته (Beck, 1996) . ولعل أهم ما يميز اضطرابات الشخصية عن اضطرابات القلق والاكتئاب مثلا هو ديمومة الأعراض وتصلبها إلى درجة أنه يقال أن مريض الاضطرابات الشخصية بخلاف مريض الاضطرابات النفسية الأخرى لا يعرف كيف تكون الحياة العادية (المقصود هنا كيف يكون العيش بدون اضطراب) وهكذا يتطلب تخلصه من الاضطراب جهد ووقت أطول مما يتطلبه

التخلص من الاضطرابات النفسية الأخرى (Blackburn & Twaddle, 1996)

ولمرضى اضطرابات الشخصية خصال تفرق بينهم وبين الذين يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ومن ذلك:

- ١- تتصف المشكلات التي يطرحونها على المعالج بالغموض، لذا من الصعب أن يتم تحديد مشكلات محددة تكون هدفا للعلاج .
- ٢- يجدون صعوبة في العلاقات مع الآخرين .
- ٣- لا يتحملون التعامل مع المشاعر المؤلمة. مرضى القلق أيضا لا يتحملون ذلك ولكنهم قد يجابهون ما يخافون مع شيء من التدريب .
- ٤- لديهم أفكار متصلة تقاوم التغيير، حتى من يصدق منهم بأن أفكاره وسلوكياته غير متكيفة يظهر شعور بالأس حول إمكانية تغيير مشاعره وسلوكياته واعتقاداته .

٥- يقاومون التغيير حفاظا على تماسكهم الداخلي ويستخدمون أساليب تساعد على استمرار المخطوطة ومقاومتها للتغيير : المحافظة على المخطوطة؛ ويقصد بها التشويبات الاستعرافية التي تدعم المخطوطة (انتقاء المعلومات التي تنسجم مع المخطوطة؛ نقادى المخطوطة؛ ويقصد به السلوكيات التي يقوم بها الفرد لنقادی استثارة المخطوطة، وتعويض المخطوطة؛ ويقصد بذلك السلوكيات المفرطة في الاتجاه المضاد للمخطوطة (أنظر الموضوع الخاص بالمخطوطة في الفصل الثاني).

٦- يحدث لديهم تحولات من مخطوطة إلى أخرى وهذا واضح جدا على الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية حيث تتغير أفكارهم وسلوكياتهم ومشاعرهم من وقت لآخر ومن الصعب التنبؤ بما سيفعلون في لحظة معينة (McGinn & Young, 1996) .

و يفترض في النموذج الاستعرافي لاضطرابات الشخصية أن هناك اعتقادات وسلوكيات معينة مرتبطة بكل نوع من اضطرابات الشخصية، فمرضى اضطراب الشخصية الاعتمادية يعتقدون أنهم غير أكفاء ولا

يستطيعون التعامل مع الظروف التي تصادفهم ، لذا تجد لديهم استراتيجيات متطورة جدا للاعتماد على الآخرين وتقادى اتخاذ القرارات الهامة ولكن لديهم عجز في القدرة على الاستقلال والحسم . ويعتقد المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية التجنبية أنه غير محبوب وضعيف ويميل إلى تقادى الألفة والنقد والانفعالات السلبية ولديه عجز في القدرة على الانفتاح والسلوك التوكيدي والتسامح الانفعالي . وفي اضطراب الشخصية اللوسامية-القهريّة يعتقد المريض أن عالمه الخاص مهدد بالانهيار فيشدد على أهمية إتباع القواعد السلوكية وعلى المسؤولية (ما يحدد السلوك المقبول والسلوك غير المقبول) وعلى القدرة على التحكم ولكنه يفتقر إلى القدرة على إظهار العفوية والمرونة. ولدى المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية الحدية العديد من الاعتقادات المتصلبة التي تظهر لدى مرضى الاضطرابات الأخرى. لدى مرضى القلق والاكتئاب أفكار سلبية متصلبة مثل تلك التي تظهر لدى مرضى اضطرابات الشخصية ولكن هذه الأفكار تنشط خلال النوبة ثم تعود للكمون عندما تخف حدة المرض وتصبح الأفكار الإيجابية هي المسيطرة أما في اضطرابات الشخصية فالاعتقادات والأفكار تلازم المريض ومن المألوف أن يصف مريض اضطرابات الشخصية نفسه: (اشعر هكذا دائما) تجاه نفسه، الآخرين والعالم (J. Beck, 1996) .

وبناء على محتويات المخطوطة لديه يقوم كل مريض بصياغة قواعد توجه سلوكه وتعكس محتويات المخطوطة الخاصة بنوع اضطراب الشخصية الذي يعاني منه . ومن الأمثلة على هذه القواعد (لا تنق في أي شخص) لدى المصاب باضطراب الشخصية البارانويديه؛ (أبعد عن الخطر) بالنسبة للذي يعاني من اضطراب الشخصية الشيفصامية؛ (أفعل كل ما يريده الآخرون) في اضطرابات الشخصية الاعتمادية؛ (حول انتباه الناس إليك) في اضطراب الشخصية النرجسية؛ و(لا تجازف) لدى من يعاني من اضطراب الشخصية التجنبية (Beck, In Blackburn and Twaddle, 1996) .

وباختصار فإن النموذج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الشخصية

يتلخص في النقاط التالية :

- ١- تتكون المخطوطة غير الفعالة في مرحلة مبكرة من حياة الفرد نتيجة لطفولة مأسوية.
- ٢- تتطور هذه المخطوطة وتستمر فيما بعد .
- ٣- تحتوى المخطوطة على اعتقادات أساسية واستراتيجيات سلوكية وأفكار تلقائية تختلف من اضطراب لآخر .
- ٤- تتصف الأعراض الناتجة عن المخطوطة بالاستمرارية والتصلب .
- ٥- من الممكن الوصول إلى هذه الأبنية الاستعرافية (المخطوطات) من خلال مخرجاتها.
- ٦- يهدف العلاج إلى استبدال هذه المخطوطة غير المتكيفة وإحلال مخطوطة متكيفة مكانها ، من خلال التعامل مع الأفكار التلقائية في بداية العلاج ثم التركيز على إبدال المخطوطة نفسها بأخرى متكيفة باستخدام الفنيات التي تقيد في هذا الخصوص بما يتناسب مع كل اضطراب من اضطرابات الشخصية.

العلاج الاستعرافي السلوكي لاضطرابات الشخصية

يبدأ المعالج بتقويم حالة المريض ويقوم بصياغة المشكلة وفقا للنموذج الاستعرافي لاضطرابات الشخصية، ثم مساعدة المريض على تعريف وإيجاد بدائل الأفكار التلقائية التي تظهر في المواقف الحالية التي يتعرض لها المريض باستخدام الأسئلة السocraticية والاكتشاف الموجه والفنيات الاستعرافية السلوكية الأخرى. ثم يتحول التركيز فيما بعد على المخطوطة ومحاولة التعرف على الكيفية التي تطورت به ومحاولة إبدالها بمخطوطة أكثر تكيفا منها . (أنظر الفنيات الخاصة باستبدال المخطوطة في الباب الثاني) .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مرضى اضطرابات الشخصية يحتاجون إلى

معاملة خاصة من قبل المعالج لكي يتمكن من بناء علاقة تعاونية علاجية معهم. ففي الغالب يكون لدى هؤلاء المرضى صعوبات في تكوين العلاقات مع الآخرين ويمكن ملاحظتها أيضا في جلسات العلاج. ومن ذلك محاولة المريض تحويل العلاج إلى مجرد نوع من أنواع الدعم الاجتماعي وليس عملية تتطلب منه دور نشطا يتضمن التعامل الفعال مع ما لديه من أفكار واعتقادات لأنه يشعر بالتهديد لبناءه الداخلي عندما يلاحظ رغبة المعالج في التعامل مع المشكلة (Blackburn & Twaddle, 1996). وقد يطلب المريض الذي يعاني من اضطرابات الشخصية النرجسية والذي يعتقد (إذا لم يعاملني الآخرون بطريقة خاصة فهذا يعني أنني لا شيء) وقت أطول من المعالج. وقد يتفادى المريض الذي لديه اضطراب الشخصية الاعتمادية أن تحل له المشكلات التي يستطيع حلها بنفسه لأنه يعتقد (إذا اعتمدت على نفسي فسوف أفسد). وقد لا يقوم المريض الذي يعاني من اضطرابات الشخصية السلبية-العنوانية الذي يعتقد (إذا فعلت ما يريد الآخرون مني فهذا يعني أنهم يتحكمون فبني) بإكمال الواجبات المنزلية، وقد يصبر الذي يعاني من اضطراب الشخصية الوسواسية-القهرية الذي يعتقد (لا يستطيع المعالج مساعدتي ما لم يفهمني تماما) على ذكر تفاصيل غير ذات أهمية، وقد يسهب المريض الذي يعاني من اضطراب الشخصية المسرحية (Histrionic) الذي يعتقد (إذا لم أدخل المرح في نفس المعالج فلن يرتاح لي أو يهتم بي) في سرد القصص المسلية بدلا من التركيز على مشكلاته. وهكذا لابد وأن يتعامل المعالج مع مثل هذه الأفكار غير المتكيفة داخل الجلسات لكي يستطيع المريض إيجاد اعتقادات بديلة متكيفة تساعد على التعامل الفعال خارج الجلسات.

يدرك المعالج الاستعرافي السلوكي مدى الصعوبة التي قد تواجهه خلال جلسات العلاج مع الذين يعانون من اضطراب الشخصية ولكنه يدرك أيضا أن هذه الصعوبات تساعد في التوصل إلى صياغة مناسبة لمشكلة المريض وبالتالي مساعدته للتخلص منها (J. Beck, 1996).

الفصل الحادي والعشرون: التعامل مع نتائج العلاج الاستعرافي السلوكي

التعامل مع نتائج العلاج الاستعرافي السلوكي

في الصفحات التالية سوف نناقش كيفية التعامل مع نتائج العلاج السلبيه والإيجابية. في الحالة الأولى يمسأ للمعالج نفسه ، ما العوامل التي أدت إلى عدم حدوث تحسن في حالة المريض ؟ وفي الثانية ما هي محددات إنهاء العلاج وما الذي يجب عمله لضمان بقاء أثر العلاج لأطول فترة ممكنة ؟

أ/ العوامل التي قد تؤدي إلى عدم حدوث تحسن في حالة

المريض :

أحيانا يجد المعالج الاستعرافي السلوكي نفسه أمام مريض لا يبدو أن حالته تتحسن . وأمام ذلك لابد أن يحاول المعالج الوقوف على الأسباب التي أدت إلى ذلك . وهناك العديد من الأسباب التي من المحتمل أن تحد من استفادة المريض من العملية العلاجية. فمن المحتمل أن لا يحسن المعالج اختيار التقنيات المناسبة لمشكلات المريض أو أن يستخدم فنية تتطلب تهيئة المريض لها قبل استعمالها ، كأن يبدأ المعالج في محاولة التعامل مع الاعتقادات الأساسية قبل أن يشرح النموذج الاستعرافي للمريض أو قبل أن يدرسه على التعامل مع الأفكار التلقائية. وقد لا يحدث تقدم في العلاج لأن المعالج لم يستطع بناء علاقة علاجية تعاونية مع المريض . العلاج الاستعرافي السلوكي يؤكد على ضرورة أخذ رأي المريض بصورة متكررة حول ما يدور في

الجلسة وحول العلاج وحول الواجبات المنزلية وحول مشاعره وحول أفكاره، لذا يجب أن يشجع المريض على إبداء رأيه حتى لو كان عبارة عن انتقاد لأسلوب المعالج أو الفنيات التي يستخدمها: ومن ذلك أن يتقبل المعالج ويشجع المريض على القول مثلا (لم أفهم ما تقول) أو (هذا شيء يصعب تصديقه) أو (أنت لم تفهمني/أو أنت لم تستمع لما أقول) لأن ذلك يعني وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض (انظر العلاقة بين المعالج والمريض في العلاج الاستعرافي السلوكي في الباب الثاني). والمعالج هنا بدلا من لوم نفسه أو لوم المريض يستفيد مما يقال في إعادة صياغة مشكلة المريض والعمل على استخدام الفنيات الملائمة أو تعديل القصور في استخدام الفنيات المستخدمة . أحيانا تصدر سلوكيات من المعالج (قد لا ينتبه لها) توحى بحساسيته تجاه موضوع معين وتؤدي إلى تحفظ المريض ، لذا من المفيد تسجيل الجلسة لكسي يتسنى له (المعالج) فيما بعد التعرف على هذه السلوكيات والتعامل معها. ويفضل أحيانا ممارسة المعالج الاستعرافي للاكتشاف الذاتي (يتحدث عن خبراته ذات العلاقة) لمساعدة المريض على إعادة النظر في موضوع معين أو لمساعدته على ممارسة الاكتشاف الذاتي (Wills & Sanders, 1997) . وللتعرف على أنواع المهارات التي قد يكون المريض لم يتقنها بعد مما أدى إلى تعثر العلاج توصي بانمكي وقرينبيرغر بأن يقوم المعالج بمراجعة (١) فهم المريض للتفاعل بين الأفكار ، المشاعر ، السلوك ، ردود الفعل الفسيولوجية والعوامل البيئية (٢) فهم المريض للنموذج الاستعرافي السلوكي للاضطراب الذي يعاني منه (٣) القدرة على تحديد وإيجاد بدائل للأفكار التلقائية (٤) تطبيق التجارب السلوكية لتفحص الأفكار (Padesky and greenberger, 1995) (٥) إكمال المريض للواجبات المنزلية و(٦) قيام المريض بتسجيل النقاط المهمة التي طرحت في الجلسات كتابة أو على شريط (J. Beck, 1996). وبعد ذلك يقوم المعالج باتخاذ الإجراءات المناسبة لسد أوجه القصور التي تم تحديدها .

وفي حالة صعوبة تحديد سبب عدم التحسن أو عدم حدوثه بعد محاولة

تصحيح جوانب القصور فمن الممكن أن يقوم المعالج بتحويل التركيز على التعامل مع الاعتقادات الأساسية (المخطوطة) باستخدام الفنيات الخاصة بذلك (الفنيات التي تستخدم لاستبدال المخطوطة - الباب الثاني).

ب/ إنهاء العلاج :

الهدف العام من العلاج هو تخفيف أعراض الاضطراب ومنع عودتها إلى ما كانت عليه في المستقبل. ويتحقق هذا الهدف من خلال تحقيق أهداف محددة يتم الاتفاق عليها بين المعالج والمريض (مقابلة الناس ، ممارسة نشاطات معينة تتناسب مع مشكلة المريض)، ويقوم المعالج والمريض بمتابعة تحققها وإضافة أهداف أخرى إليها كلما دعت الحاجة لذلك تبعا لنوع مشكلات المريض وسير العملية العلاجية (J. Beck, 1996) وينتهي العلاج في الوقت المتفق عليه إذا تحقق الهدف منه .

وفي الغالب يكون المعيار لتحقيق الهدف من العلاج وإنجائه هو عندما يشعر المريض بحدوث تحسن في المشكلات التي طلب المساعدة في التغلب عليها ويتصرف بصورة مختلفة خارج الجلسات العلاجية أو على الأقل يسير في هذا الاتجاه، ويمكن التعرف على ذلك من خلال سؤال المريض عن أحواله . وتجدر الإشارة هنا إلى أنه من غير المتوقع أو المعقول أن يكون الهدف من العلاج ألا يشعر المريض بالقلق أو الحزن أو أن تحل كل مشكلاته وتزول جميع الأعراض نهائيا؛ الهدف من العلاج هو أن يكون المريض في وضع يسمح له بممارسة حياته بشكل عادي. ومن الطرق المفيدة في إنهاء العلاج إطالة الفترة بين الجلسات الأخيرة (أسبوعيا في بداية العلاج ثم كل أسبوعين أو ثلاثة في نهاية العلاج) لتهيئة المريض لإنهاء العلاج . ومن المفضل أن يتقابل المريض والمعالج (جلسات تتبعية) بعد ٣ ، ٦ ، ١٢ شهرا من تاريخ إنهاء العلاج (المرجع السابق) .

أحيانا يبدى المريض تخوفه من أنه لن يستطيع ممارسة حياته كما كان

يفعل خلال فترة العلاج وعلى المعالج مساعدته في إيجاد فكرة بديلة كما فسي المثال التالي :

المريض : أنا لست جاهزا لإنهاء العلاج لا أستطيع مجابهة الصعوبات لو حدي .

المعالج : دعنا نتفحص هذه الفكرة ، ما الأسباب التي خطرت ببالك ؟

المريض : أعرف أنني سأعود إلى النقطة التي بدأت منها .

المعالج : لنرى ما إذا كان هناك دليل على ذلك؟

المريض : حققت أشياء إيجابية كثيرة خلال العملية العلاجية (ذكر أمثلة على ذلك) ولكن الأمر لن يكون سهلا .

المعالج : يبدو أن هناك دليلا على ذلك- لن يكون الأمر سهلا ، هل باستطاعتك تحمل هذا القدر من الصعوبة ؟

المريض : لست متأكد ، لازلت أعتقد أنني لن أستطيع مجابهة الحياة لوحدتي.

المعالج : حسنا بالإمكان القيام بتجربة للتأكد من ذلك ، دعنا نوقف الجلسات لمدة أربعة أسابيع لنرى ماذا يحدث ؟

المريض : وما جدوى ذلك ؟

المعالج : نقول الآن أنك لن تستطيع مجابهة أعباء الحياة بعد انتهاء

العلاج ، دعنا نرى مدى دقة هذا الاعتقاد بعد أربعة أسابيع من الآن ، ما رأيك ؟

المريض : لا أحب ذلك ولكنني فهمت قصصك (Trower, casey &

(Dryden, 1992)

جـ/ إطالة الأثر الإيجابي للعلاج (منع الانتكاس):

من مميزات العلاج الاستعرافي السلوكي ، كما ذكر ، أن أثره قياسا على أثر غيره من أنواع العلاج الأخرى ، يدوم لفترة أطول ، ويتخذ المعالجون الاستعرافيون السلوكيون عددا من الإجراءات التي تساعد على ذلك . من الأمور المهمة التي يحرص المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على التطرق لها خلال العملية العلاجية أو بعدها الصعوبات التي قد تواجه المريض : مثل احتمال عودة الأعراض أو حدوث بعض الحوادث غير المسارة خلال فترة العلاج أو بعد إنهاء العلاج في محاولة منهم لمساعدة المريض على إدراك أن عودة الأعراض لا يعني بالضرورة أنها سوف تستمر . وللتبديل على ذلك يستطيع المعالج استخدام سير العملية العلاجية نفسها بالاستعانة برسم بياني مبني على ما استخدم من المقاييس المعروفة أو على التقدير الذاتي للمريض (من ٠ - ١٠٠) لقياس حالته في أوقات مختلفة . وسوف يتضح للمريض أنه يحدث تحسن في الأسابيع الأولى للعلاج ثم تسوء الحالة في الأسابيع التالية ثم تتحسن بشكل ملحوظ في الأسابيع الأخيرة . هذه الطريقة تؤكد للمريض أن التحسن يأتي بعد عودة الأعراض أو عودة بعضها خلال فترة العلاج وليس هناك ما يبرر عدم حدوث ذلك (اختفاء الأعراض بعد ظهورها) بعد العلاج خصوصا بعد أن اكتسب المريض العديد من المهارات التي من الممكن استخدامها بعد انتهاء العلاج كما حدث خلاله . ولتعزيز قدرة المريض على ذلك (١) يؤكد المعالج للمريض كلما سنحت الفرصة على أنه (المريض) لعب دورا كبيرا في تحسن حالته (J. Beck, 1996) (٢) يشجع المعالج المريض على تسجيل النقاط المهمة في العلاج لتذكرها والاستفادة منها عند الحاجة و(٣) يحرص المعالج على أن يكون نشاطه أكثر في بداية العلاج ثم يبدأ تدريجيا في التقليل منه حتى يكون نشاط المريض أكثر من نشاط المعالج في نهاية العلاج بهدف تدريب المريض على أن يصبح معالجا لنفسه بعد نهاية العلاج (Wills & Sanders, 1997) .

وبالإضافة إلى ذلك أعتاد المعالجون الاستعرافيون السلوكيون على مناقشة الكيفية التي يتعامل بها المريض مع ما قد يحدث له بعد العلاج وإعداد خطة (ما الذي سيفعله المريض) لذلك. ومن الممكن مناقشة هذا الموضوع في الجلسة الأخيرة و مساعدة المريض على كتابة الخطة أو مناقشة الموضوع في الجلسة قبل الأخيرة وإتمام المريض بكتابة الخطة كواجب منزلي .

وتتم كتابة الخطة بالاستعانة بأسئلة حول العملية العلاجية يجيب عنها المريض بعد مناقشتها مع المعالج ، ثم يقوم المريض بالرجوع إليها لمساعدته في منع حدوث انتكاس لحالته. ويوضح المثال التالي هذه الأسئلة وبعض الأجوبة الممكنة عليها (خطة العمل):

ما الذي جعل المشكلة تتطور في المقام الأول ؟

- انتقاد الذات .
- صعوبة في التعبير عن مشاعري (مرتبطة بخبرات فترة الطفولة) .
- الإفتقار إلى الثقة بالذات .

ما العوامل التي ساعدت على استمرار المشكلة ؟

- تجنب المشكلة .
- البحث عن التطمين .

ما هي الاستراتيجيات التي تم تعلمها من العلاج للتعامل مع المشكلة ؟

- القدرة على تحديد الأفكار التلقائية وإيجاد بدائل لها .
- الاعتماد على النفس .
- شعرت بالقلق مرات عديدة وبأن شيء مخيف سيحدث لي ولكن لم لم يحدث أي شيء من هذا القبيل .

ما هي الظروف المحتملة التي قد تثير المشكلة في المستقبل ؟

- صعوبات مالية .

- تحمل مسؤوليات جديدة في البيت أو في العمل .
- مقابلة أناس جدد .

ما الذي يمكن عمله للتعامل مع هذه الظروف المحتملة ؟

- تحديد المشكلة .
- إيجاد أكبر عدد ممكن من الحلول للمشكلة واختيار أنسبها .
- تحديد الأفكار التلقائية وإيجاد البدائل لها .
- قراءة الملاحظات التي كتبت خلال فترة العلاج (Blackburn&Twaddle, 1996).

كما يمكن الاستفادة من إعداد بطاقات، يحملها المريض أو يضعها في المكتب أو الشنطة أو يعلقها في مكان مناسب، تحتوي على معلومات محددة توفر للمريض فرصة التذكر الفوري لبعض النقاط الفعالة التي تعلمها في العلاج لمساعدته على التغلب على الظروف الضاغطة التي قد تواجهه خلال حياته اليومية: ومن الأمثلة على ذلك: كتابة الاعتقاد أو الفكرة غير الفعالة على أحد وجهي البطاقة وكتابة الاستجابات المتكيفة على الوجه الآخر (انظر سجل الأفكار وكذلك بطاقات المخطوطة في الفنيات الاستعرافية التي تستخدم لاستبدال المخطوطة - الباب الثالث) . من الممكن استخدام البطاقات بأشكال مختلفة (مثلا كتابة أهم النقاط التي تعلمها المريض من العلاج على أحد وجهي البطاقة) وعلى المعالج مساعدة المريض في إعداد البطاقات التي تناسب مع حالته (Wills & Sanders, 1997; J. Beck, 1995).

المراجع

- إبراهيم ، عبد الستار. (١٩٩٤م). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه ، القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع .
- بيرك ، ل. (١٩٩٥). لماذا يتحدث الأطفال إلى أنفسهم . مجلة العلوم ، م١١، ع ٨ ، ٩ أغسطس/ سبتمبر ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، ص ١١-١٧ .
- الجلبي ، فتيبة سالم، والوحيا ، فهد سعود. (١٤١٦هـ). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي ، الرياض ، الشركة الإعلامية للطباعة والنشر .
- الدخيل ، عبد العزيز عبد الله. (١٤١١هـ) . سلوك السلوك : مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته ، القاهرة ، مكتبة الخانجي.
- دعكور، نديم حسين. (١٩٩١). اللغة العربية: قواعد، بلاغة، عروض، بيروت، بحسون.
- رضوان، سامر جميل. (١٩٩٥). هل الأفكار حرة حقاً، وإلى أي حد ؟. الثقافة النفسية.
- الريحاني، سليمان. (١٩٨٧). الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين، دراسة عبر حضارية لنظرية أليس في العلاج العقلي العاطفي. دراسات. المجلد الرابع عشر. العدد الخامس. ٧٣-١٠٢.
- الريحاني، سليمان،، حمدي، نزيه،، أبو طالب، صابر. (١٩٨٩). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية ، دراسات، المجلد السادس عشر، العدد السادس ، ص ٣٦ - ٥٦.

العزوي، فلاح محروت. (١٤١٩هـ). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي المعاصر، الرياض: مطابع مداد.
 قشقوش، إبراهيم. (١٩٨٥). مدخل لدراسة علم النفس المعرفي، القاهرة،
 الأتجلو المصرية.
 مجلس وزراء الصحة العرب. (١٩٨٤). المعجم الطبي الموحد، دمشق،
 طلاس.

Agras, W.S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, S.D. and Telch, C.F.(1989). Cognitive-Behavioral and response prevention treatment for bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 57. No.2,215-221.

Alford, B. A. and Beck, A. T. (1997). The integrative power of cognitive therapy. New York: Guilford Press.

Baucom, D. H. Sayers, S. L. and Shér, T. G.(1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training : An outcome investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 58, No. 5. 636 - 645.

Beck, A, and Rush, A. J.(1989). Cognitive therapy. In comprehensive test-book of psychiatry/V (Fifth Edition) H. I. Kaplan and B. J. Sadock (Ed). Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1541 - 1550

Beck, A. T and Young, J. E.(1979). (A. Cassette). Cognitive therapy of depression: New York, Guilford .

Beck, A. T. (1996). Beyond Belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. M. Salkovskis), pp. 1-25. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, f. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.

Beck, A.(1991). Cognitive therapy : A 30 year retrospective . *American Psychologist*. v .46 No. 4, 368 -375 .

Beck, A.(1993). Cognitive Therapy : past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, V. 61. No. 2, 194 0 198.

Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.

Blackburn, I. (1996). Cognitive vulnerability to depression. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 250-265. New York: Guilford Press.

Blackburn, I. and Twaddle, V. (1996). Cognitive therapy in action: A practitioner's casebook. London: Souvenir Press.

Botvin, G, J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu. S., and

Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodel cognitive- behavioral approach: Result of a 3 - year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 58. No. 4. 437 - 446.

Brewin, C.R.(1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, v. 96, No. 3, 379-394.

Burks, H. M. and Steffire, B. (1979). Theories of counseling. New York: McGraw-Hill.

Burns, D. D. (1992). Feeling Good: The new mood therapy; the Clinically proven drug-free treatment for depression. New York: Avon Books.

Burns, D. D. and Nolen-Hoeksema. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v 59. No. 2, 305 - 311.

Burns, D. D., and Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference? . In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 135-164. New York: Guilford Press.

Butler, G. Fennel, M., Robson, P. and Gelder, M.(1990). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder.

Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 59 No. 1. 167 - 175.

Cassidy, T. (1999). Stress, Cognition and health. London: Routledge.

Chaleby K.(1987). Social phobia in Saudi Arabia. Social Psychiatry. 22,167-170.

Chambless, D. L and Gillis, M. M.(1993). Cognitive therapy of anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology . v 61. No. 2. 248 - 260.

Clark, D. M. (1991). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 13-51. Oxford University Press.

Clark, D. M. (1996). Panic disorder: from theory to therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 318-344. New York: Guilford Press.

Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 119-154. Oxford University Press.

Clum, George.A., Clam, Gretchen.A. and Surls, R.(1993).

A meta-Analysis of treatment for panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61 No. 2, 317 - 326.

Corey, G.(1991).Case approach to counseling and psychotherapy (Third Edition). Pacific Grove: Brooks/Cole.

Cotterll, N. I.(1997). (A Video Cassette). Cognitive behavior approach to addiction. SECAD.

Creamer, M., Burgess, P. and Pattison, P.(1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. Journal of Abnormal Psychology, v. 101. No. 3. 452 - 459.

Davey, G. C. I.(1995). Coping strategies and phobias : The relationship between fears, phobias and methods of coping with stresses, British Journal of Clinical Psychology, 34, 423 - 434.

Dobson. K. S. A.(1989). Meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. V. 57. No. 3. 414 - 419.

Durlak, G. A. Fuhrman, T. and lampmam,C.(1991). Effectiveness of cognitive behavior therapy for maladapting children : A Meta-analysis. Psychological Bulletin.v. 110. No. 2. 204 - 214.

Eisenbary, L.(1995). The social construction of the human

Brain. Am J Psychology, 152 : 11. 1563 - 1575.

Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth - Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy G. E., Liewelyn S. P. and Margison, F. R.(1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. Journal of Counseling Psychology, v. 41. No. 4, 449 - 463.

Ellis, A. (1996). Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunnes/ Mazel.

Ellis, A.(1993). Reflections on Rational Emotive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology .v.61 .no.2.199 201

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. American Psychologist, v. 49, No. 8, 709 - 724

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 209-246. Oxford University Press.

Fairburn, C., and Cooper, P. (1991). Eating disorder. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and

D. M. Clark), pp. 277-314. Oxford University Press.

Fennell, M. (1991). Depression. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 169-234. Oxford University Press.

Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., and Perry. K.J.(1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 63 No. 6. 946-455.

Foa, E.B and Kozak, M.J.(1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychological Bulletin. V. 990. No. 1, 20 - 35.

Freeston,H. M., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau., Rheume, J., Letarte, H. & Bujold, A.(1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled Study. Journal of Consulting and Clinical Psychology.65, 405-413

Gath, D., and Mynors-Wallis, L. (1997). Problem-solving treatment in primary care. In Science and practice of cognitive behavior therapy(ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 415-413. Oxford University Press.

Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive

behavior therapy. In science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D.M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 27-46. Oxford University Press.

Goldfried, M. R., and Davison, G. C. (1994). Clinical behavior therapy. New York: John Wiley and Sons.

Goleman, D. (1996). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. London: Bloomsbury.

Greenberger, D. , and Padesky, C. A. (1995). Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients. New York: Guilford Press.

Greenspan, S. I. and Benderly, B. L. (1997). The growth of the mind and the endangered origins of intelligence. Reading: Addison-Wesley.

Grenyer, B. F. S. and Luborsky, L.(1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. Journal of Consulting and Clinical Psychology, V. 64. No. 2. 411 - 416 .

Griffiths, M. D.(1994). The Role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. British Journal of Psychology. 85, 351 - 369.

Haaga, D. A. F., Dyck, M. J. and Ernst, D.(1991). Empirical Status of cognitive theory of depression.

Psychological. Bulletin. V. 110 No. 2, 215 - 236.

Haaga. D. A. F. and Davison, G. C.(1993). An appraisal of rational - emotive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61. No. 2. 215 - 220.

Hains, A. A. and Szyjakowski, M. A.(1990). Cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. Journal of Counseling Psychology. v. 37. No. 1. 79 - 84 .

Hardy, G. E., Barkham, M, Shapiro, D. A. Reynolds, S. and Rees, A. (1995). Credibility and outcome of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. British Journal of Clinical Psychology. 34, 555 - 569.

Hawton, K. and Kirk, J. (1991). Problem-Solving. In Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 406-426. Oxford University Press.

Hollon, S. Shelton, R. C. loosen, P.(1991). Cognitive therapy and Pharmacotherapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 59. No. 1. 88 - 99.

Hollon, S.D. Shelton, R.C. and Davis, D.D.(1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and Clinical efficacy. Journal of Consulting and Clinical

Psychology. V. 61, No.2, 270 - 275.

Howard, G.S.(1991). Culture Tales. A narrative Approach to thinking, cross-cultural Psychology and psychotherapy. American Psychologist. v. 46. No. 3, 187 - 197.

Jones, E.E and Pulos, S. M.(1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. Journal Consulting and Clinical Psychology.v.61 No. 2, 306 - 316.

Kalish, H. (1981). From behavioral science to behavior modification. New York : McGraw-Hill.

Kazdin, A. E. Bass, D., Siegel, T, and Thomas, C.(1989). Cognitive - behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology v. 57. No. 4. 522 - 535.

Kelly, A. E. and kahn, J.H.(1994). Effects of suppression of personal intrusive thoughts. Journal of Personality and Social Psychology. V.66.No.6. 998-1006.

Kendall, P. C. (1993). Cognitive-Behavioral therapies with Youth: Guiding Therapy, Current status and emerging development. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61. No. 2, 235-247.

Kendall, P. C and Warman, M. J. (1996). Emotional disorders in youth In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 509-530. New York: Guilford Press.

Kingdon, D. G., and Turkington, D. (1994). Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum Associate.

Kirk, J. (1991). Cognitive-behavioral assessment. In *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 13-51. Oxford University Press.

Koriat, A (1998). Illusions of knowing: The link between knowledge and metaknowledge: In *metacognition: Cognitive and social dimension* (ed. V. Y. Yzerbyt, G. Iories and B. dardenne) pp. 16-34, London: Sage.

Kramarski, B., and Mevarech, Z. R.(1997). Cognitive-metacognitive training within a problem-solving based logo environment. *British Journal of Educational Psychology*. V. 67, 425-445.

Lazarus, R.(1991). Progress on a cognitive-motivation and relational theory of emotion. *American Psychologist*. v. 46, No. 8, 619 - 834.

Leitenbery, H, and Rosen, J.(1989). Cognitive-Behavioral

therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: comment on Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, and Telch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v, 57, No. 6, 779-777.

Liese, B. S. and fraz, R. A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy: Lessons learned and implications for the future. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 470-508. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. Tutek, D. A., Heard, L. and Armstrong, H. L. (1995). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 151 : 12, 1771 - 1776.

Lories, G., Dardenne, B., and Yzerbyt, Y. (1998). From social cognition to metacognition: In *metacognition: Cognitive and Social Dimensions* (ed. V. Y. Yzerbyt, G. Lories and B. Dardenne) PP. 1-15, London: Sage.

Maag, J. W. and Kotlash, J.(1994). Review of stress inoculation training with children and adolescents. *Behavior Modification*. V. 18. No. 4, 443 - 469.

Mahoney, M.J.(1993). Introduction to special section. Theoretical development in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v 61 No. 2,

187 - 193.

Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 47-66. Oxford University Press.

Mattick , R.P, and Peters, L .(1989). Treatment of severe social phobia : Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 56 No. 2. 215 - 260.

McGinn, L. K. and Toung, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 182-207. New York: Guilford Press.

McInerney, V., McInerney, M., and Marsh, H. W.(1997). Effect of metacognitive strategy training within a cooperative group learning context on computer achievement and anxiety: An aptitude-treatment interaction study. Journal of Educational Psychology. V. 89, No. 4. 686-695.

McMullin, R. E. (1986). Handbook of cognitive therapy. New York : W. W. Norton and Company.

Meichenbaum. D.(1993). Changing conceptions of cognitive Behavior modification: Retrospect and prospect. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v. 61. No. 20. 202 - 204.

Meichenbaum, D.(1985). Stress inoculation training. New York : Pergamon Press.

Miller, R. C. and Berman, J. S.(1983). The efficacy of cognitive Behavior therapies: A Quantitative review of the research evidence. Psychological Bulletin. v. 94. No. 1. 39 - 53.

Neimeyer, R. A. (1993). Constructivist approaches to the measurement of meaning: In constructivist assessment : A casebook (ed. G. J. Neimeyer) pp. 58-103, London: Sage.

Neimeyer, R.A.(1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. v 61 No. 2, 221 - 234.

Nolen-Hoeksema, S, Girgus, J. S. and Seligman, M. AE.(1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms : A 5 - year longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology. V. 101 No. 3. 405 - 422.

Oei, T. P. S. and free, M. L.(1995). Do cognitive behavior therapies validate cognitive models of mood disorder? A review of the empirical evidence. International Journal of Psychology. 30 (2), 145 - 179.

Padesky, C. A.(1994). (A. Cassette). Cognitive therapy of

obsessive compulsive disorder and hypochondriasis. Newport, Center for Cognitive Therapy.

Padesky C. A. (1996). Developing Cognitive Therapist competency: Teaching and supervision models. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 266-292. New York: Guilford Press.

Padesky, C. A. (A. Cassette),(1993). Socratic Questioning in cognitive therapy: Newport Beach, Center for Cognitive Therapy.

Padesky, C. A. and Greenberger, D. (1995). Clinician's guide to mind over mood. New York: Guilford Press.

Phares, E. J. (1984). Clinical psychology: concepts, methods and professions. Homewood: The Dorsey Press.

Rachman, S. (1996). The evolution of cognitive behavior therapy. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 1-26. New York: Guilford Press.

Reardon, K. K. (1991). Persuasion in practice. London : Sage.

Reber, A. S. (1995). Dictionart of opsychology. London : Penguin Books.

Register, A. C. Beckham, J. C., May. J. G., and Gustafson, D.J.(1991). Stress inoculation bibliotherapy in the

treatment of test anxiety. *Journal of Counseling Psychology*. v. 38. No. 2. 115 - 119.

Robins, C.J. and Hayes, A. M.(1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v 61. No. 2, 205 - 214.

Salkovskis, P. M. (1991). Somatic problems. In *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems problems: A practical guide* (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 235-276. Oxford University Press.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, Safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. M. Salkovskis), pp. 48-74, New York: Guilford Press.

Salkovskis, P. M. and Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In *Science and practice of cognitive behavior therapy* (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 313-340. Oxford University Press.

Salkovskis, P. M. and Kirk, J. (1991). Obsessional disorders. In *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, and D. M. Clark), pp. 129-168. Oxford

University Press.

Salkovskis, P. M. and Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 179-208. Oxford University Press.

Salkovskis., P. M. (1996). Cognitive-Behavioral approaches to the understanding of obsessional problems: In current controversies in the anxiety disorders (ed. R. M. Rapee) pp. 103-133, New York : Guilford Press.

Sarason, I.(1984). Stress, Anxiety and Cognitive interference, Reactions to tests. Journal of Personality and Social Psychology, v. 46, No.4, 929 - 936.

Schwartz, J. M. and Beyette, B. (1996). Brain lock: free yourself from obsessive- compulsive behavior. New York: Regan Books.

Seiden, D.Y.(1994). Behavior and cognitive therapy in France : An oral history. J. Behav. & Exp. Psychiat. V. 25. No. 2. 105 - 112.

Sotsky, S. M. Elkin, L., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, (1990). Three treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology . v. 58. No. 3, 352 - 359.

Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F. and Nuzzarello, A.(1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder. *Am J Psychiatry*.151:6, 876-881.

Strauman, T.(1989). Self - Discrepancies in clinical depression and social phobia : Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology*. v. 98. No. 1. 14 - 22.

Stroud, Jr. W. L.(1994). A Cognitive-behavioral view of agency and freedom. *American psychologist*.v. 49. No.2. 142-143.

Teasdale, J. D. (1996). Clinically relevant theory: Integrating clinical insight with cognitive science. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. M. Salkovskis), pp. 26-47. New York: Guilford Press.

Teasdale, J. D. (1997). The relationships between cognition and emotion : the mind-in- place in mood disorder. In *Science and practice of cognitive behavior therapy* (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 67-94. Oxford University Press.

Teasdale, J. D., and Barnard, P. B. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Telch, C.F., Agras, W.S., Rossiter, E.M., Wilfely, D. and Kenardy, J.(1990).Group Cognitive-Behavioral treatment for the nonpurging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* v. 58, No. 5, 629 - 635.

Thase, M.E., Reynolds III, C. F. frank, E., Simons, A. D. McGeary, J., Fasiczka, A. L., Garamoni, G. Q., Jennings, J.R., and Kuprer, d. J.(1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry* .15/ : 4,500 505

Thyer, B. A. (1987). Treating anxiety disorder: A guide for human service professionals. London: Sage.

Tiffany M. S. T. A.(1990). A cognitive model of drug urge and drug-use behavior: Role of automatic and nonoutomatic processes. *Psychological Review*. v. 97. No. 2. 147 - 168.

Trower, P., Casey, A., and Dryden, W. (1992). Cognitive behavioral counseling in action. London : Sage.

Truax, P.A. Addis, M. E. Konerner, K., Gollan, J.K. Gortner, E and Prince, S.E. (1996). A Component Analysis of cognitive treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. v. 64, No. 2. 295 - 304.

Viney, L. L. (1993). Listening to what my clients and I say: Content analysis categories and scales. In *constructivist*

assessment : A casebook (ed. G. J. Neimeyer) pp. 104-142, London: Sage.

Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In *frontiers of cognitive therapy* (ed. P. Salkovskis), pp. 383-418. New York: Guilford Press.

Watts F.N.(1992). Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 31, 153 - 167.

Wegner. D. M.(1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*. v. 101. No, 1. 34 - 52.

Wells, A. and Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In *Science and practice of cognitive behavior therapy* (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 155-178. Oxford University Press.

Wells, A. and Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove: lawrence Erlbaum Associates.

Whisman , M.A., Miller ,I.W., Norman.W,H. and Keitner ,G.I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.v.59.No.2, 282 288

Wilfely, D.E. Agras, W.S, Telch C., Rossiter,E.M, Schneidr, J.A., Cole A. G. Sifford, L. and Raeburn, S.D.(1993). Group Cognitive - Behavioral. theory and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual : A controlled companion. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 61, No. 2, 296 - 305.

Williams, J. M. (1996). Memory processes in psychotherapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp.97-113. New York: Guilford Press.

Williams, J. M. (1997). Depression. In Science and practice of cognitive behavior therapy (ed. D. M. Clark and C. G. Fairburn), pp. 259-284. Oxford University Press.

Wills, F. and Sanders, D. (1997). Cognitive therapy: Transforming the image. London: sage.

Wilson, G.T. and fairburn, C.G.(1993). Cognitive treatment for eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology,V,61. No. 2, 361 - 269.

Wright, J. H. (1996). Inpatient cognitive therapy. In frontiers of cognitive therapy (ed. P. Salkovskis), pp. 208-225. New York: Guilford Press.

Young, H. F. and Bentall, R.P.(1995). Hypothesis testing in-patients with persecutory delusional: Comparison with

depressed and normal subjects. British Journal of Clinical Psychology.34. 353 - 369.

Zarb, J. M. (1992). Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents. New York: Brunner/Mazel.

